Jordeana Davi
Claudia Martiniano
Lucia Maria Patriota
(Organizadoras)

Seguridade Social e Saúde

Tendências e Desafios

2ª Edição

Campina Grande - PB
2011

A EDUEPB segue o acordo ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil, desde 2009.

Depósito legal na Biblioteca Nacional, conforme decreto nº 1.825, de 20 de dezembro de 1907.
FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL - UEPB

368.01
S456 Seguridade Social e Saúde: tendências e desafios./
Jordeana Davi, Claudia Martiniano, Lucia Maria Patriota
(Organizadoras). – 2. ed. – Campina Grande: EDUEPB, 2011.
244 p.

ISBN 978-85-7879-072-2

1. Seguridade Social. 2. Política Social Brasileira. 3. Programa Sáude da Família. 4. Saúde no Trabalho. I. DAVI, Jordeana. II. MARIANO, Claudia. III. PATRIOTA, Lúcia Maria.

21. ed.CDD

Editora filiada a ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Rua Baraúnas, 351 - Bodocongó - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500
Fone/Fax: (83) 3315-3381 - http://eduepb.uepb.edu.br - email: eduepb@uepb.edu.br

Sumário

Prefácio

É oportuna a publicação deste livro que é composto por nove ensaios de autores e autoras que participam do Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas Social (GEAPS) e do Grupo de Estudo em Práticas Sociais (NUPEPS), vinculados à Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Os textos são resultados de estudos e pesquisas realizadas por docentes da área do Serviço Social e de áreas afins, sendo que alguns em co-autoria com profissionais e estudantes vinculados ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC da UEPB).

Embora a Coletânea aborde as tendências da política social brasileira, recortando o impacto da atual crise capitalista sobre a mesma, predominam reflexões sobre o tema saúde, seja para discutir questões relacionadas ao financiamento, à reforma sanitária ou, ainda, assuntos específicos como o Programa Saúde da Família, o trabalho na saúde, o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde em relação à DST/AIDS e outros correlatos, como a atenção aos deficientes desde a perspectiva das iniciativas da sociedade civil e as mudanças nos rumos do movimento que marcou a reforma sanitária brasileira, desde os anos 1980.

Elo comum entre grande parte das pesquisas é o universo empírico – a realidade de Campina Grande-PB, no Nordeste brasileiro - demonstrando o empenho e a direção adotada pelos pesquisadores em investigar a realidade na qual está inserida a Universidade. Este, aliás, é um propósito que dota a Coletânea de grande valor, principalmente por fortalecer a relação entre a universidade e a sociedade, papel que deve ser perseguido no âmbito do ensino, da pesquisa e da extensão universitária.

Não é demais ressaltar que um dos objetivos do processo de regionalização e interiorização do ensino superior no Brasil é ampliar o acesso e reduzir as assimetrias regionais na produção de conhecimentos. No caso da UEPB, fruto deste processo desde a década de sessenta, pode-se afirmar que a sua trajetória foi e é marcada pelo empenho em contribuir para o desenvolvimento educacional e sócio-cultural da Região Nordeste.

Nesses termos, a área do Serviço Social da UEPB é herdeira desta cultura e dá provas do seu empenho em articular o ensino e a pesquisa acadêmica através dos seus grupos de pesquisa de que são exemplos o GEAPS e o NUPEPS, cujas pesquisas, como a própria nominação indica, tratam de temas da maior relevância para a área do Serviço Social e áreas afins, expondo os dilemas da política social, em especial a da saúde, num período de crise e desmonte de direitos sociais.

As questões tratadas nos diversos ensaios e artigos que compõem essa Coletânea invocam o ambiente sócio-político dos anos 1990 e 2000, marcados pela crise capitalista, pela reforma do Estado e pelas tendências regressivas das políticas sociais. Ao discorrer sobre estas tendências, fazem reflexões críticas sobre os determinantes gerais deste processo, destacando o peso da lógica econômica sobre a formulação e execução das políticas sociais que, segundo um dos textos, imprime uma racionalidade baseada no que denominam de "lógica contábil" em detrimento da universalização do acesso às políticas.

Orquestrada pela ofensiva neoliberal, a ação sócio-reguladora do Estado se retrai, pulverizando os meios de atendimento às necessidades sociais dos trabalhadores entre organizações privadas mercantis e não-mercantis, limitando sua responsabilidade social à segurança pública, à fiscalidade e ao predomínio de políticas compensatórias. A estes se juntam os processos de privatização, seguindo-se uma ampla ofensiva mercantil na área dos serviços sociais como os de saúde, previdência, educação, amparados pela liberalização da economia, sob a égide da liberdade de mercado e da retração da intervenção social do Estado. Neste ambiente a Coletânea critica o escopo das políticas de Seguridade Social para destacar suas tendências e contradições, além de discorrer sobre o papel do fundo público e as diretrizes atuais do seu financiamento, em especial no âmbito da política de saúde.

Como afirmado em um dos ensaios, embora, desde a Constituição de 1988, a seguridade social seja compreendida como um conjunto articulado de políticas no âmbito da saúde, da previdência e da assistência sociais, ela não vem sendo implementada como tal e avizinha-se, tendencialmente, a desarticulação e fragmentação dessas políticas, comprometendo o exercício dos direitos e a responsabilidade pública do Estado.

É bem verdade que o discurso governamental desta década prima por referir-se à questão social, anunciando e divulgando números e iniciativas que para qualquer desavisado e fiel ouvidor e leitor da mídia oficial, seriam indicativos das prioridades sociais destes governos – desde FHC até Lula. Mas não é isso que mostram as pesquisas aqui publicadas. A rigor, a única política social em expansão é a de Assistência Social, carreada pelo principal programa de transferência de renda que é o *Bolsa Família*. No âmbito da previdência e da saúde o que se assiste é um processo de modernização gerencial e racionalização financeira, cujos propósitos são adequar as crescentes demandas por seguridade social da população aos parcos recursos e serviços existentes e, mesmo assim, onerando cada vez mais os

próprios trabalhadores, através de uma política tributária que penaliza aqueles que mais precisam dos serviços sócias públicos.

O desenvolvimento deste processo passa pela contra-reforma do Estado e por uma verdadeira engenharia fiscal e orçamentária, cujo ônus político recai sobre os estados e municípios da federação. Pródigo no aumento de impostos e contribuições sociais, o governo Federal demonstra avareza ao aumentar a receita central da União através da Desvinculação de Recursos da União (DRU). Nestes termos, a prioridade desses governos, hoje dependentes da venda de títulos públicos e reféns do aumento da dívida pública, tem sido resguardar o *superávit* primário às custas da não expansão dos serviços ou da sua expansão precarizada.

Em contrapartida, alimenta a ideologia da descentralização e democratização, posto que os orçamentos das políticas não acompanham, na mesma proporção, o crescimento das necessidades da população trabalhadora, carente de renda, emprego e trabalho protegido. O faz mantendo os estatutos formais da democratização – as Conferências e os Conselhos de políticas – sem que implemente as decisões e deliberações ou, quando o faz, saca a estratégia *transformista,* imprimindo às suas resposta uma direção que atende aos seus interesses, socializando justificativas que expõe a sua racionalidade instrumental, calcada no "*possibilismo*" do equilíbrio orçamentário e fiscal, subordinando as políticas sociais às decisões econômicas.

Fato é que as contradições da modernização capitalista frente ao processo de barbarizarão da vida social expõem a incapacidade do capitalismo em superar as seqüelas do processo de acumulação, donde os limites das políticas sociais na ordem burguesa, a despeito de possuírem uma clara dimensão civilizatória e de serem produto histórico das lutas sociais dos trabalhadores. Todavia, em períodos de crise e de agravamento da questão social, essas conquistas são ameaçadas pelo corte de gastos públicos e pela introdução de mecanismos de gerenciamento que terminam por subtrair a qualidade e a oferta de serviços.

No leito dessas questões, aqui sumariamente apontadas, esta Coletânea ganha importância, trazendo elementos adicionais às pesquisas que vêm sendo desenvolvidas sobre o tema, no âmbito do Serviço Social, por Ivanete Boschetti, Elaine Behring e Maria Inês Bravo, dentre outras, cujos estudos sobre o financiamento e as tendências das políticas de saúde enriquecem os debates travados pelo conjunto dos textos que compõem este livro.

Por fim, tomo de empréstimo parte de um dos escritos para ressaltar o valor desta publicação como material a ser utilizado no âmbito da formação e exercício profissionais na área do Serviço Social e de áreas afins, posto que o atual contexto das políticas sócias, nele incluído os mecanismos de financiamento e as múltiplas armadilhas ideopolíticas que derruem a Seguridade Social, desafiam as instâncias de formação acadêmica e técnica a realizarem a sua função primeira: o conhecimento crítico da realidade social brasileira.

Recife-PE,
Ana Elizabete Mota

Apresentação

A coletânea de textos ***SEGURIDADE SOCIAL E SAÚDE: tendências e desafios*** resulta de pesquisas elaboradas pelos professores e alunos do Departamento de Serviço Social e de outros Departamentos afins da UEPB, que integram os Grupos de Pesquisa: Grupo de Estudos, Pesquisa e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS) e o Núcleo de Pesquisa e Práticas Sociais (NUPEPS), vinculados ao referido Departamento. A seguridade social constitui-se o eixo articulador das produções aqui reunidas, realizadas nos Programas de Iniciação Científica (PIBIC e PROINCI) da Universidade Estadual da Paraíba, bem como através de reflexões para elaboração de teses, dissertações etc. Os textos se qualificam tanto por trazer à tona discussões teóricas relevantes ao tema da seguridade social, quanto por apresentar análises críticas de experiências locais no âmbito de suas políticas, programas e/ou serviços.

O objetivo desta coletânea consiste em socializar as investigações realizadas no âmbito dos referidos grupos, fomentando um debate acerca dos temas aqui abordados, de forma crítica, denunciando o que vem ocorrendo na seguridade social, a partir das requisições do grande capital, capitaneado pelo Estado.

Os trabalhos localizam as determinações que explicam a condição da seguridade social no capitalismo contemporâneo, marcado pela mundialização, reestruturação produtiva e o neoliberalismo, promovendo um período de "contra-reformas" conservadoras em nome da recuperação da rentabilidade do capital, diminuindo os custos do trabalho e promovendo o desmonte dos direitos sociais, conquistados na Constituição de 1988, no Brasil. O direcionamento dado pelo capital às políticas sociais é a mercantilização dos serviços sociais. Concretamente, isto vem se efetivando nos cortes no orçamento da Seguridade Social e suas políticas – saúde, previdência e assistência – e no sucateamento dos serviços sociais, de forma geral. As políticas sociais, neste contexto, assumem como principais características a privatização, a focalização e a descentralização, numa verdadeira reversão conservadora.

A preocupação central dos autores é situar as questões levantadas, a partir do método crítico, o qual nos permite analisar a política social na sua dimensão contraditória, que responde tanto aos interesses do capital quanto do trabalho, a depender das condições mais específicas de cada país, como também do movimento geral da luta de classes. Faz necessário destacar, ainda, os limites da política social no sistema capitalista.

No primeiro artigo, Sheyla Suely de Souza Silva atualiza a discussão sobre a política social brasileira, situando-a na conjuntura de mais uma grave crise econômica – a de 2008. Aponta para o fato de que as estratégias adotadas para superação da crise superavitária – globalização, reestruturação produtiva e reforma do Estado – não se mostraram eficazes em seus objetivos. Pelo contrário, contribuíram para desencadear a crise em curso. A preocupação da autora ao tecer todas essas considerações ao longo de seu artigo é situar a proteção social brasileira neste contexto. A mesma aponta para uma radicalização da disputa por recursos públicos em favor exclusivo do capital privado nacional e internacional, em detrimento do financiamento das políticas públicas.

Maria Aparecida Nunes aborda a seguridade social a partir do seu financiamento. Seu texto reflete sobre alguns dos fundamentos da crítica do Estado articulado à discussão do financiamento das políticas sociais, sobretudo, daquelas que compõem a Seguridade Social. Face ao receituário neoliberal quanto o contingenciamento de gastos para reprodução social da força de trabalho, esta problemática é um instigante convite para o serviço social refletir acerca dos limites do papel do Estado e, por conseguinte, da estruturação do fundo público no enfrentamento das expressões concretas da questão social. A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou no plano jurídico-normativo a construção de uma "ordem burguesa menos injusta", mediante efetivação de princípios como: universalização dos direitos sociais, pluralidade nas fontes de financiamento da Seguridade Social e gestão democrática na destinação dos recursos públicos. Debitou-se à superestrutura legal e política do Estado um papel primordial na condução de uma possível transformação social. Ao contrário desta prescrição jurídica, o que se evidencia no período pós-Constituição é a mercantilização das políticas sociais e a utilização de parte significativa da receita pública para pagamento de encargos da dívida interna e externa e a "passivização" dos trabalhadores no direcionamento dos gastos sociais, que tornam-se cada vez mais seletivos e concentrados em programas focalizados.

Encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados a proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 233/2008, também conhecida como a proposta de reforma tributária, trazendo graves conseqüências ao financiamento das políticas sociais no Brasil. A reforma altera de forma substancial a vinculação das fontes de financiamento exclusivas das políticas da seguridade social (previdência, saúde e assistência social), educação e trabalho. É sobre esta temática que trata o artigo de autoria de Jordeana Davi *et al* e tem como objetivo apresentar algumas reflexões acerca do modelo tributário brasileiro, destacando a questão da repartição dos recursos públicos entre os entes federados e a destinação para o orçamento

da seguridade social. A defesa dos autores é a de que o orçamento da seguridade vem sendo profundamente ameaçado pela citada PEC, acabando com a pluralidade de fontes e o uso exclusivo nas políticas que compõem a seguridade social. Trata-se de mais uma contra-reforma, que não se pauta na perspectiva de construção de um sistema tributário progressivo, com tributação da renda e do patrimônio, mas sim mantêm-se a estrutura regressiva e penalizadora do trabalho.

Claudia Santos Martiniano *et al* tratam da problemática do financiamento da saúde mediante a conformação da política social brasileira em suas determinações macroestruturais, uma vez que a política de saúde está submetida às regras da política de ajuste e de estabilização macroeconômica. Localizam os determinantes da não universalização da saúde na política macroeconômica nacional, como se sabe, cumpridora à risca dos ditames recomendados pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM). Apresentam, assim, o resgate da trajetória histórica da luta pela vinculação de recursos para o setor saúde a partir do paradigma da universalização, sua correlação de forças e a proposta em vigor na atualidade.

O artigo de Alessandra Ximenes da Silva coloca em pauta uma questão importantíssima no contexto da saúde pública: o controle social, temática que tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores - 8080/90 e 8142/90, esta ultima regulamenta a operacionalização dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Seu artigo apresenta a trajetória histórico-conceitual dos 20 anos do controle social democrático no Brasil, identificando os impasses e interesses que impedem a efetivação de uma nova hegemonia no direcionamento das políticas de saúde na contemporaneidade.

A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) é objeto de reflexão de Moema Amélia Serpa. Sob um novo ordenamento jurídico, imposto pela chamada Reforma Administrativa do Estado, a gestão da força de trabalho, sobretudo no SUS, passa a incorporar as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, desencadeadas pelo processo de reestruturação produtiva, e na economia mundial. Para a autora, a tendência neste complexo campo é de redução do trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção a saúde como mero investimento que eleva a produtividade, melhorando o desempenho econômico. Seu artigo adota como objeto central a gestão da força de trabalho, um dos principais eixos no desenvolvimento das ações de um sistema de saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada pelo Ministério da Saúde, desde 1994, constitui-se atualmente em um dos pilares da saúde pública brasileira, tendo como objetivo reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção básica. Propõe que o trabalho das equipes se paute no paradigma da produção social da saúde e na prática sanitária da vigilância da saúde. Esta tem como eixos, além da atenção curativa, a prevenção e a promoção da saúde, sendo estas últimas consideradas fundamentais para o processo de reversão do modelo de atenção à saúde. Estas referências são tomadas por Kathleen Elane Leal Vasconcelos e Thaísa Simplício Carneiro em suas reflexões sobre a avaliação dos(as) profissionais da Saúde da Família de Campina Grande/PB sobre implementação do PSF no município. Para estas, a ESF traz importantes impactos para a população atendida, concretizando alguns princípios apregoados pelo SUS/SF. Entre os avanços, destacam-se a melhoria nos indicadores de morbi-mortalidade, a diminuição de internações hospitalares, a melhoria do acesso aos serviços, a humanização da assistência, a construção do vínculo entre profissionais e população. Não obstante, embora a principal justificativa para a adoção da estratégia seja a reorganização do SUS, constata-se apenas a ampliação do acesso da população à atenção básica: os

demais níveis prosseguem deficitários e a continuidade da atenção é comprometida. Sinalizam também que a intersetorialidade é algo ainda muito frágil no município; o controle social enfrenta grandes desafios em sua efetivação; ocorre escassez e inadequação de insumos e de medicação e aviltamento das condições de trabalho.

O artigo de Lucia Maria Patriota e Débora Suelle M. de Miranda põe em foco um serviço público prestado no âmbito da saúde, mas não exclusivo deste, que é o aconselhamento em DST/Aids a gestantes. A contínua elevação dos casos de Aids na população feminina aponta para outra questão não menos grave que é a transmissão vertical do HIV. O Aconselhamento passa então a ser adotado como estratégia fundamental na quebra da cadeia de transmissão do HIV, principalmente na transmissão vertical. Trata-se de uma pesquisa de campo que teve por objetivo principal conhecer as concepções de aconselhamento dos profissionais do PSF de Campina Grande/PB e como a prática do aconselhamento vem sendo desenvolvida nas UBSFs.

Também no contexto da prestação de serviços sociais, outra questão não menos importante é a do atendimento às pessoas com deficiência. Cleônia Maria Mendes de Sousa aponta em seu artigo as modificações sofridas por esta política ao longo da história, situando os avanços obtidos na Constituição de 1988 e os retrocessos que se evidenciam no âmbito da política de proteção ao portador de necessidades especiais após a adoção do ideário neoliberal, quando a sociedade civil é "convocada" a (re)assumir a proteção dos seus. Sua pesquisa enfoca especificamente as Organizações da Sociedade Civil de atendimento às pessoas com deficiência, em Campina Grande/PB.

Campina Grande-PB
Jordeana Davi
Lucia Patriota
Claudia Martiniano

A política social brasileira na conjuntura da crise internacional

Sheyla Suely de Souza Silva

Introdução

Desenvolvido no decorrer do Curso de Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), este artigo esboça uma atualização da discussão sobre a política social brasileira, tentando situá-la na atual conjuntura de uma crise econômica planetária sem precedentes, explicitada pelo *crash* de setembro de 2008. Mais que um trabalho eminentemente teórico, nossa intenção é refletir de forma ainda introdutória sobre os eventos atuais, na perspectiva da discussão do papel do Estado e das tendências anunciadas para a política social brasileira, nesses tempos de crise, o que nos permite apontar, como principais conseqüências para as políticas sociais públicas, o acirramento das disputas pelos recursos públicos como pressuposto exclusivo do capital e o estreitamento dos laços de solidariedade do Estado brasileiro ao setor privado.

Pressupostos gerais: três décadas de crise do capitalismo e a recente crise do neoliberalismo

Os anos de 1970 marcaram o início do declínio dos chamados trinta gloriosos anos de *capitalismo democrático*, durante os quais, a combinação Estado de Bem-Estar Social e modo de produção fordista garantiu – num contexto de onda larga expansiva – a recuperação e manutenção da taxa de lucro do capital e trouxe ganhos aos padrões materiais de vida dos trabalhadores[1]. Naqueles anos assistimos, também, à derrocada das experiências do socialismo real.

A onda inflacionária e o choque do petróleo, vivenciados em meados daquela década, foram indícios do novo período de crise, quando a eficácia da estratégia anticíclica do pacto fordista/keynesiano se exauria e o capital propunha, então, a liberdade de mercado, a alteração da estrutura produtiva e a reforma do Estado, articulando e pondo em cena o neoliberalismo:

O capitalismo, 'superados' os principais obstáculos à sua continuidade, entre eles, o desmonte objetivo dos estados 'socialistas', coloca em questão o chamado bem-estar social. Os capitalistas liberam-se de todo e qualquer compromisso com a satisfação das necessidades reais da população e da ampliação da cidadania. Para tal, levaram a extremo a idéia de liberdade do mercado (DIAS, 1998, p. 49).

---

1 É preciso ressaltar que, em escala mundial, estes ganhos não atingiram as massas de trabalhadores em geral de forma homogênea. Se no centro do sistema eles alcançaram características de universalidade, redistributividade e pleno emprego, por exemplo, nos países periféricos, em geral, forjaram-se como um tal "estado de mal estar", conformado por benefícios seletivos e corporativistas que jamais alcançaram um patamar de universalidade, não atingiram o pleno emprego e não superaram as práticas distributivas, responsabilizando única e exclusivamente os próprios trabalhadores pela reprodução da força de trabalho.

Globalização, reestruturação produtiva e *reforma do Estado* compõem a tríade central da ofensiva neoliberal que, ao longo das últimas três décadas – tanto no plano material/objetivo, quanto no plano ideológico/subjetivo – disseminaram, justificaram e operacionalizaram os interesses e as estratégias do capital na sua investida em prol de uma tentativa de superação da crise estrutural a que se encontra submetido.

Para Martins (1997, p. 14), dentre os efeitos maléficos do processo de globalização deu-se a destruição das condições que tornariam possível o regime democrático, tendo em vista que este processo conferiu ampla liberdade para o capital em escala planetária, mas restringiu a liberdade do trabalho[2] e submeteu os trabalhadores a uma larga desproteção social, impondo, em especial aos países periféricos, a retração dos direitos sociais e trabalhistas.

Martins (1997) desmistifica o conceito e a objetivação histórica da globalização, evidenciando seu uso ideológico, uma vez que, para o autor, tal fenômeno não se confunde – como quiseram convencer os neoliberais – nem com uma internacionalização, nem com uma mundialização do capital. O autor ressalta que o capital internacionalizado não tem pátria nem defende bandeiras. E assim, ao invadir os territórios nacionais, tais capitais não estabelecem necessariamente relações "inter-nações", mas entre unidades do próprio capital, ora em articulação, ora em competição.

Ainda para o autor (1997), a mundialização do capital pressuporia uma regulamentação mundial da economia, submetendo seu movimento a regras, metas e consensos mundialmente formulados.

---

2 Observe-se que o capital tem o pleno direito de ir e vir, mas os trabalhadores são barrados nas "velhas" fronteiras geográficas da Europa e dos EUA. Para legalizar essas restrições, foi aprovada recentemente pela União Européia – em 18 de junho de 2008 - a "diretriz de retorno", que passará a vigorar em 2010, transformando em crime a imigração ilegal, o que "reflete o colapso do sistema jurídico humanista europeu diante da crise econômica" (BONVICINO, 2008).

De fato, embora tenha organizado alguns blocos político-econômicos – a exemplo da União Européia – não há uma regulamentação mundial e, em algumas regiões, o capital requer exatamente o oposto e se robustece nas fragilidades das regulamentações nacionais que lhe permitem a incorporação de novos nichos de lucro através, por exemplo, da exploração do trabalho infantil e escravo e da apropriação/destruição da natureza, em países que não dispõem de uma legislação e/ou de um aparato jurídico-institucional que proteja a sociedade, a cultura local e o meio ambiente; bem como da usurpação de mão de obra barata, em países que não qualificam nem protegem seus trabalhadores, não produzem altas tecnologias e, por isso mesmo, entram de forma subalterna neste processo de globalização e de nova divisão internacional do trabalho[3].

Por outro lado, o surgimento de uma "macro-estrutura-financeira" internacional qualificou o processo de globalização como uma crescente *financeirização* do capital, marcada pela gestão e especulação sobre recursos públicos e privados, oriundos, inclusive - e, talvez, principalmente - das arrecadações e das dívidas públicas nacionais, ameaçando a liquidez e a soberania de cada nação, exposta cada uma delas às inflexões das crises econômicas norte-americanas, como vimos constatando nos últimos meses.

3 Em sua obra "O Novo Imperialismo", Harvey (2004) alerta para uma recorrente investida do capital em estratégias de espoliação, como recurso para superação dos períodos de crise. Na sua mais recente recorrência à espoliação – desde o pós-1973 –, o capital conta com o apoio dos Estados, através dos quais se acirram a privatização dos recursos naturais; a expropriação das terras comuns e a privatização dos ativos dos Estados nacionais (dentre outros elementos), como condição da integração dos países periféricos ao sistema capitalista globalizado.

Crise da economia mundial e da hegemonia neoliberal num contexto de devastação da natureza, do emprego e das conquistas do trabalho

A teoria de que o mercado seria o regulador social nato e autônomo – em contraposição a uma proposta de Estado interventor – jamais chegou a consolidar-se historicamente e dá sinais claros de crise e de refutamento, desde a crise asiática de 1997 até os últimos eventos inaugurados no *crash* de setembro de 2008.

Os eventos atuais recolocam na agenda do dia a discussão clássica das ciências sociais sobre o papel do Estado e evidenciam a fragilidade das teses que sustentaram, nas últimas três décadas, o discurso e a ofensiva neoliberal.

O "dilúvio neoliberal" – que, frente à retração da capacidade organizativa e propositiva do trabalho[4] e à inauguração de uma nova onda larga recessiva do capital, desenvolveu clara ofensiva contra a intervenção do Estado na economia e na proteção social – teve dois epicentros, engendrados por propostas de governo similares, cuja diretriz central era o desmantelamento do bem-estar-social, por *Reagan*, nos EUA e por *Thatcher*, na Inglaterra[5], sob o discurso da virtude natural do mercado como regulador social, em detrimento do Estado, cuja intervenção na economia e nas relações sociais seria artificial, autoritária, maléfica e perdulária.

---

4 Referimo-nos, em especial, à derrocada das experiências do socialismo real e, com ela, ao chamado "esgotamento das energias utópicas", marcado pela ausência de uma elaboração e defesa de projetos societários alternativos ao capitalismo.

5 Salvas as significativas diferenças entre os modelos americano e inglês de bem-estar social, é válido ressaltar que ambos os governos (Reagam e Thacher) encontraram resistências ao seu desmantelamento, comprometendo a investida neoliberal naquelas sociedades, em especial na Inglaterra, aonde, segundo King (1988), desenvolveu-se uma "cultura do direito a ter direitos".

A partir dessas duas "tentativas-piloto", a ofensiva neoliberal, sob a batuta das principais agências internacionais de crédito – Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI) – e referendada pelo *consenso de washington,* alastrou-se impositivamente sobre as economias periféricas, através de acordos e tratados, tomados como requisitos para a concessão de empréstimos, a negociação de dívidas e/ou a redução de embargos econômicos e políticos.

Para Belluzzo (2008a), o neoliberalismo não tirou o Estado de cena, apenas mudou sua agenda em favor de utilizar o poder político e fiscal dos Estados nacionais para fortalecer os sistemas empresariais, e:

Nessa toada, as reformas atropelaram as instituições destinadas a garantir a segurança econômica e social da maioria assalariada ou dependente. Os neo-reformistas cuidaram de transferir os riscos para os indivíduos dispersos (BELLUZZO, 2008a, p. 38).

Tais reformas consolidaram os pressupostos privatistas do capital. A apropriação da ciência e da tecnologia como forças produtivas garantiu a substituição em larga escala do trabalho vivo e inaugurou o desemprego estrutural, deixando à margem amplas parcelas de trabalhadores em plenas capacidades produtivas e, inclusive, amplamente qualificados, em nome de uma maior lucratividade[6]. O dilúvio foi devastador. Suas estratégias de reestruturação produtiva e de reforma dos Estados – dando suporte a uma globalização marcada pela desigualdade na inserção dos países ricos, emergentes ou pobres – destruíram as conquistas do trabalho, os direitos sociais e o emprego; alastraram a fome e inauguraram a crise dos alimentos; ampliaram as desigualdades sócio-econômicas e, sob sua égide, a devastação da natureza extremou-se a tal ponto que colocou a

---

6 Para Castel (1998) esta *crise da sociedade salarial* criou, ao menos na perspectiva de um mundo neoliberal, os *supranumerários* ou *inúteis para o mundo.*

sociedade sob a ameaça – possivelmente irreversível – de extermínio do planeta e da humanidade[7].

Por outro lado, tal ofensiva e suas conseqüências sequer justificaram-se na superação da crise econômica. Pelo contrário, o *crash* de setembro de 2008 foi apenas o sintoma mais evidente do caráter estrutural e irreversível da crise contemporânea do capital e da ineficiência da estratégia neoliberal.

O apelo a um retorno da intervenção do Estado na economia vem sendo clamado pelos próprios ícones do discurso neoliberal e o mercado é o grande beneficiário do socorro estatal diante do *crash*. Já no primeiro trimestre de 2008, representantes do próprio FMI e do BM recapitulavam seus discursos e alardeavam a evidente necessidade de intervenção pública na economia[8]; logo depois, os EUA estatizaram duas grandes agências hipotecárias – a *Fannie Mae* e a *Fredie Mac* – para salvá-las da falência. Após o *crash*, esses apelos priorizaram uma solicitação de socorro financeiro aos grandes bancos americanos e europeus, abalados pelas astronômicas perdas

---

7 Mészáros (2002) considera que as contínuas estratégias do capital para superar suas crises cíclicas e imanentes colocaram o sistema capitalista diante de limites absolutos (e intransponíveis) à sua expansão; o que requer o urgente enfrentamento do dilema da humanidade entre superar o capital ou deparar-se com a ameaça irrevogável à sobrevivência humana, tendo em vista a atual devastação da natureza em prol do lucro. Citando Marx, Benjamin (2008) esclarece que a financeirização da acumulação capitalista conduziria, necessariamente, à instabilidade, uma vez que a valorização sem trabalho é fictícia e arbitrária a qualquer potencial civilizatório no âmbito do capitalismo.

8 Líderes dessas agências de crédito, inclusive, apelaram aos países desenvolvidos uma ajuda de 500 milhões de dólares para financiar a compra de sementes em países ameaçados de fome (COSTA, 2008a)

na especulação imobiliária americana e, posteriormente, nas bolsas de valores do mundo inteiro[9].

O Estado não traiu seu papel histórico de salvaguardar os interesses dos proprietários do capital e, no mundo inteiro, elaborou e implementou "pacotes salva bancos", para, mais uma vez, socializar com os trabalhadores/contribuintes as perdas dos mais ricos, os quais, segundo Belluzzo (2008b, p. 40),

> [...] estão certos em esperar socorro. Pois sabem que, enquanto cometerem os mesmos erros coletivamente – como fazem os 'banqueiros sensatos' –, o setor público precisará prestar socorro. Os banqueiros têm condições de manter a economia e a sociedade democrática como suas reféns [...]. Os Governos não têm alternativa: precisam ajudar os bancos

O Estado emerge mais forte que nunca nas atividades econômicas e os bancos centrais do mundo inteiro despejam bilhões de dólares (e esses não são fictícios; não advém da especulação financeira, mas da esfera da produção, ou seja, da "velha e confiável" exploração do trabalho!) para salvar os mercados.

Segundo Pinheiro (2008a, p. 26), o *Federal Reserve* (Fed) (Espécie de Banco Central dos EUA), apenas em setembro de 2008, anunciou 180 bilhões de dólares em linhas de financiamento; o Banco da Inglaterra, 45 bilhões; o Banco Central Europeu, 55 bilhões. No Brasil, o Estado fortalece seus sólidos (para alguns, até promíscuos) laços de solidariedade com o mercado, como veremos a seguir.

---

9 Analistas financeiros já admitem que a origem da turbulência econômica teria sido a ausência de regulação sobre o mercado (PINHEIRO, 2008a). Para Belluzzo (2008c, p. 34), "A omissão das autoridades diante das pirotecnias dos mercados é a marca registrada do capitalismo americano". Essa omissão explicitou-se claramente na ampla realização das hipotecas *subprime* que deram origem ao último *crash*.

Pressupostos particulares: persistência neoliberal e outros agravantes da crise na particularidade da realidade brasileira

Na particularidade da realidade brasileira, a origem colonial, a estrutura latifundiária, a cultura escravista, a dívida externa são aspectos que historicamente vêm condicionando o país a uma relação de submissão ao capital internacional e a uma conseqüente permeabilidade aos pressupostos da ofensiva neoliberal, estreante no país a partir dos anos de 1990.

Aqui, a ofensiva neoliberal não encontrou uma cultura do direito e da cidadania, pois as conquistas limitaram-se à formalidade, não sendo substancialmente vivenciadas pelas massas trabalhadoras, o que inibe resistências à perda dos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988, já que nunca foram efetivamente experimentados, pois, a agenda universalista pactuada na Carta Magna esgotou-se antes mesmo de ser implementada (RAICHELLIS, 1998), anunciando a brevidade e fragilidade da reforma democrática, em especial no que diz respeito ao acesso dos trabalhadores a uma fatia da riqueza socialmente produzida, pela via da universalização das políticas sociais e da inauguração da seguridade social brasileira.

Nessa conjuntura, as três principais ofensivas do neoliberalismo – globalização, reestruturação produtiva e reforma do Estado – aliadas às características de desigualdades e iniqüidades que marcam a nossa formação sócio-econômica e à estratégia identificada por Mota (1995) como uma *cultura da crise* – subjugaram, cooptaram e conquistaram diferentes sujeitos sociais na adesão ao projeto societário do capital, tornando-o hegemônico, ao tempo em que agudizaram a questão social brasileira.

No âmbito da globalização, o Brasil tem uma inserção subordinada, imposta pela subserviência às agências internacionais de crédito; pelas suas fragilidades na produção de tecnologias avançadas e pelo histórico compromisso das elites e do Estado brasileiro com os interesses do capital internacional.

Em entrevista à Revista Carta Capital, o economista Miguel Bruno (apud DIAS, 2008, p. 32-33) afirma que "não existe uma única forma para se aderir à globalização" e a decisão escolhida expressa interesses internos que lucram com as medidas adotadas. Neste sentido, o economista critica decisões do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que colocaram o Brasil numa relação mais subalterna ao Sistema Financeiro Internacional que, por exemplo, a Índia ou a China.

Nesse contexto, apesar das evidências de fragilidade, de crise e de refutamento, o Estado brasileiro vem empreendendo, desde a década de 1990, uma ampla reforma neoliberal, inaugurada pela (contra) reforma do Estado, cujo marco inicial foi o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRE), segundo o qual as conquistas da Constituição Federal de 1988 representariam "um retrocesso burocrático sem precedentes" (BRASIL/MARE, 1995, p. 27).

A execução do Plano conjugou dois prinicipais elementos que expressam o compromisso do Estado brasileiro com o desmonte dos direitos sociais e com o beneficiamento ao setor privado: a *privatização* tem sido uma larga estratégia de mercantilização dos serviços públicos e a *publicização* trata-se de uma estratégia de refilantropização da proteção social brasileira, apoiando a desresponsabilização do Estado e a responsabilização da Sociedade Civil no que diz respeito ao enfrentamento da questão social, através das ações de solidarismo, ao tempo em que amplia o acesso a recursos públicos por entidades privadas, em especial, as de cunho filantrópico.

A reestruturação produtiva vem sendo amplamente acolhida e expressa nos fenômenos da terceirização, da informalização e do

"empreendedorismo"[10]; como substrato ideológico, converte-se, também, numa *individualização de demandas,* reforçada pelos apelos ao individualismo e à alta competitividade, quebrando os laços de solidariedade de classe historicamente construídos e, assim, inviabilizando a elaboração e defesa de projetos societários alternativos ao capital (SILVA, 2000). Para Mantega e Silva (apud BEHRING, 2003, p. 217):

> setores dos trabalhadores, pressionados por essa forma predatória de reestruturação, pelo crescente desemprego, pela precarização das condições de trabalho, também desfocaram sua ação e colocaram-se na defensiva.

Marques e Mendes (2007) indicam que apesar da discreta queda na taxa média de desemprego, entre 2004 e 2005, há uma redução do rendimento médio real do trabalhador formal e uma concentração dos ocupados nas faixas de renda mais baixas.

Esses autores alertam que os determinantes da pobreza no país não foram alterados e que "a história da acumulação brasileira indica [...] uma lógica perversa, de forma que, seja qual for o desempenho da economia, a desigualdade aumenta e, com ela o tamanho da pobreza" (MARQUES e MENDES, 2007).

Para o próprio Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2007), a desigualdade social, hoje, pode ser considerada maior que a de 1990, quando levamos em conta que, a despeito dos crescentes aumentos de salário, a participação dos trabalhadores na renda nacional (41,7%) é menor que naquela década (45,4%).

10 Segundo o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE, 2007), a abertura de micro e pequenas empresas no Brasil cresceu 22,1% entre os anos de 2000 e 2004. No entanto, 56% delas entram em processo de falência antes de completar cinco anos, devido à ausência de gestão e planejamento adequados, à insuficiência de políticas de apoio e à "conjuntura econômica deprimida" (IPEA, 2007).

Nessa linha, segundo Pinheiro (2007), 17% da População Economicamente Ativa do Brasil vive em situação de pobreza, enquanto o país mantém-se o 8º pior do mundo em distribuição de renda, pois, dentre os mais de 180 milhões de brasileiros, a renda de cerca de apenas cinco mil famílias equivale a aproximadamente 45% do PIB nacional (BRAMI-CELENTANO; CARVALHO, 2007).

Esses dados evidenciam o recrudescimento da questão social brasileira, ao tempo em que nos conduzem a uma tentativa de analisar a proposta do capital para o seu enfrentamento.

A proposta do capital para a (des)proteção social brasileira

Na conjuntura da ofensiva neoliberal, instaurada a partir dos anos de 1990, no Brasil, o capital (re)tomou como pressupostos da cidadania os critérios de mérito e de competência, em detrimento da necessidade, do direito, da justiça e da seguridade e propõe que o enfrentamento da questão social se dê através de um *mix* entre o mercado, o Estado e o solidarismo (SILVA, 2000a; 2000b).

Nessa perspectiva, o mercado deve voltar-se para o cidadão consumidor[11]: aquele que por mérito e competência pessoal tornou-se apto a adquirir serviços privados de primeira qualidade, como saúde, educação e previdência. O Estado, através de uma assistência pública *básica* – emergencial, focalizada e seletiva – deve voltar-se para o cidadão pobre: aquele que, apesar de inserido no mundo do trabalho, não está apto a comprar tais serviços. Finalmente, pela via do solidarismo seriam atendidos aqueles que estão excluídos dos benefícios do trabalho, do mercado e do

11 Para a compreensão do conceito e da configuração desse novo sujeito de cidadania, proposto pela ofensiva neoliberal, recomendamos a leitura de Mota (1995).

Estado, socorridos pela iniciativa esporádica e espontaneísta de uma extensa rede de solidariedade.

Desde meados da década de 1990, com maior êxito nas duas últimas gestões presidenciais, essa proposta, que concilia estratégias de *mercadorização, assistencialização* e *refilantropização*, vem tomando corpo na política social brasileira através da privatização crescente da educação, saúde e previdência, ao tempo em que, no âmbito da ação pública, a oferta desses serviços se dá de forma sucateada, seletiva e focalizada; e através da hipertrofiação da assistência social – com forte viés filantrópico – a qual passa a substituir o compromisso do Estado com qualquer perspectiva de universalização das demais políticas sociais públicas.

Um estudo recente do IPEA, que analisa dados comparativos de concentração de renda entre dezessete países da América Latina, aponta que o indicador de desigualdade brasileiro – considerando a comparação de um conjunto de indicadores de administração, saúde, educação, equidade e desempenho econômico – só não é pior que o da Bolívia e que, dentre os países analisados, o Brasil apresentou o maior percentual de gasto público (37,5% do PIB); no entanto, a fatia desses recursos destinada ao pagamento de juros da dívida pública (6,8%) foi maior que aquelas destinadas aos gastos sociais, como educação (4,38%), previdência (6%) ou saúde (3,3%) (IPEA, 2007); evidenciando seu maior compromisso com setores privados – nacionais e internacionais –, em detrimento das políticas sociais públicas.

O Estado brasileiro no *pós-crash*: estreitamento dos laços de solidariedade ao mercado

No contexto do pós-setembro/2008, o Estado brasileiro vem fortalecendo seus vínculos com o setor privado, em especial, através de subsídios à produção e ao crédito. Segundo Pinheiro (2008c, p. 40), as montadoras de veículos teriam acesso – ainda nos dois

últimos meses daquele ano – a um incentivo no valor de 8 bilhões de reais, metade deles garantida pelo governo do estado de São Paulo. Entre julho e outubro do mesmo ano, o empréstimo ao setor de agro-negócio cresceu 30% em relação ao mesmo período do ano anterior, somando um total de 8,6 bilhões de reais (SIQUEIRA; PINHEIRO, 2008). Os bancos públicos – Banco do Brasil (BB) e Caixa Econômica Federal (CEF) – têm sido "as principais armas para eliminar os gargalos à produção em áreas como a agricultura, a construção civil e a fabricação de automóveis"; autorizados, inclusive (pela MP443), a comprar ações ou assumir controle total de empresas em dificuldades (p. 39).

Em reação, o setor privado da construção civil reivindicou incentivos que lhe garantisse liquidez, antes que chegasse a ter dificuldades financeiras. Foi atendido com uma autorização de que a CEF ofereça entre 3 a 5 bilhões de reais dos recursos captados em caderneta de poupança parar criar linhas de capital de giro e comprar títulos garantidos por *receitas futuras* do setor.

Apenas essas medidas – dentre outras que não foram relacionadas neste texto – somam um montante de cerca de 20 bilhões de reais, antecipados ao setor privado, como estratégia central de "preservar a saúde do sistema financeiro"[12]. Por outro lado, o FED disponibilizou ao Brasil – bem como à Cingapura, México e Coréia do Sul – um empréstimo de 30 bilhões de dólares, que pode ser contraído até abril de 2009. A oferta é, antes de tudo, uma estratégia norte-americana para preservar o dólar como

12 Lembramos aqui que, em setembro de 2007, o Sistema Único de Saúde (SUS) entrou em colapso em todo o país, registrando óbitos em vários estados, decorrentes do sucateamento dos serviços; das greves dos médicos e residentes e da sub-remuneração desses profissionais e, somente após esse quadro drástico, é que o Governo Federal liberou, através do Ministério da Saúde, o complemento de 1,2 bilhões de reais, para corrigir a tabela do SUS em todo o Brasil e, assim "preservar o funcionamento do sistema".

moeda-referência das transações internacionais (idem, p. 40-41)[13]. Em outras palavras, alertamos que a contração de tal empréstimo poderá, mais uma vez, reforçar os vínculos do Estado brasileiro com os interesses privados e externos.

Considerações finais: o acirramento das disputas pelo acesso aos recursos públicos como pressuposto exclusivo do capital e as ameaças à sobrevivência da humanidade

Entre economistas e jornalistas, diversas têm sido as comparações, aproximações e alinhamentos entre o *crash* de setembro de 2008 e a crise de 1929. O que só é possível numa perspectiva exclusivamente financeira, pois, do ponto de vista político, as correlações de forças atuais são inteiramente diversas daquelas do início do século passado. Apenas para elencar alguns elementos de extrema divergência, lembramos que a Alemanha, àquela época, vivia um estrondoso movimento socialista (cujo fracasso conduziu à ascensão do nazismo); desempregados e veteranos de guerra ergueram uma favela em plena Washington; havia conflitos entre desempregados e exércitos; o sindicalismo e as idéias socialistas floresciam e expandiam-se no mundo inteiro.

---

13 Para Belluzzo (2009, p. 32), "a faculdade de usar sua moeda como meio de pagamento universal [instituída desde *Bretton Woods*] conferiu e ainda vem conferindo aos EUA grande flexibilidade na gestão da política monetária e na administração dos balanços de pagamento".

Para Leblon (2008), aquela correlação de forças – à época da crise de 1929 – conduziu ao *new deal*, com sua regulação estatal dos mercados financeiros, e ações estatais de enfrentamento à pobreza e de promoção de bem estar. Mas, na conjuntura do *crash/2008:*

> É a ausência dessa mesma correlação que dá ao atual secretário do Tesouro norte-americano, Henry Paulson, a liberdade de um bombeiro vesgo, cuja mangueira só enxerga a cobertura do edifício e ignora as chamas que devoram os andares debaixo (LEBLON, 2008).

Com essa analogia, o jornalista adverte que, na ausência de uma proposta consistente das esquerdas, as respostas vêm da direita e beneficiam, prioritária ou exclusivamente, ao próprio capital e aos próprios causadores da crise. De fato, parece-nos que há um consenso inédito de que o Estado deve ser interventor e regulador; no entanto, a nosso ver, frente à fragilidade da organização do trabalho e à ausência ou incipiência de uma defesa de projetos alternativos ao capital, há uma predisposição ou tendência de que as intervenções e regulações do Estado restrinjam-se, prioritária – senão exclusivamente – à esfera econômica e prenuncia-se uma radicalização da luta pelos recursos públicos em benefício exclusivo dos interesses privados. Nesta perspectiva, "o processo de centralização de capital na órbita financeira será comandado pelo Estado, respondendo aos clamores do mercado" (BELLUZZO, 2008c, p. 34), comprometendo, a nosso ver, possíveis investimentos em políticas sociais públicas.

Estas considerações e advertências agravam-se quando lembramos que as respostas do capital – teórica e historicamente – redundam na ampliação/intensificação de suas próprias contradições e limites. Assim, a crise atual diferencia-se, também, pela indicação de continuidade da intensa devastação da natureza pelo capital e pelos riscos das opções de superação da crise por vias béli-

cas[14], uma vez que ambas as questões – devastação inconseqüente da natureza e possibilidade de uma guerra de abrangência mundial – nos dias atuais, implicam em uma ameaça concreta e irrevogável à sobrevivência do planeta e da humanidade.

Referências

BEHRING, E. R. **Brasil em contra reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BELLUZZO, L. G. M. A gênese das crises. **Revista The Economist/ Carta Capital** (O Mundo em 2009). Edição Especial, Jan. 2009.

BELLUZZO, L. G. M. Mantida por aparelhos. **Revista Carta Capital**, São Paulo, Ano XIV, n. 492, abr. 2008a.

BELLUZZO, L. G. M. Mantida por aparelhos. **Revista Carta Capital**, São Paulo, Ano XV, n. 513, set. 2008b.

BELLUZZO, L. G. M. O problema está aqui. **Revista Carta Capital**, São Paulo, Ano XV, n. 514, set. 2008c.

BENJAMIM, C. **Karl Marx manda lembranças.** Disponível em: <www.imediata.com. Acesso em: Out. 2008.

14 Vários estudiosos da atual crise alertam que esta possibilidade não está descartada. Para Chesnais (2008), por exemplo, as atuais relações entre EUA e China poderão conduzir os primeiros tanto ao reconhecimento de que sua superioridade militar é apenas um elemento subordinado de negociação, quanto a uma aventura militar de conseqüências imprevisíveis. Também para Costa (2009), a aproximação militar entre países como Rússia, Irã, Cuba, Nicarágua, Equador e Bolívia cria um problema embaraçoso para os EUA e um desafio para seu novo governo.

BONVICINO, R. **O capitalismo sem direitos do mundo**. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/opiniao/regis_bonvicino/2008/07/05/o_capitalismo_sem_direitos_do_mundo_1419269.html> Acesso em: 15 jul. 2008.

BRAMI-CELENTANO, A.; CARVALHO, C. E. A reforma tributária do governo Lula: continuísmo e injustiça fiscal. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 01, jan/jun. 2007.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor de reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Rio de Janeiro:Vozes, 1998.

COSTA, A. L. M. A América Latina vista por nós: o que o futuro reserva para a Região?. **Revista The Economist/Carta Capital** (O Mundo em 2009). Edição Especial, Jan. 2009.

COSTA, A. L. M. O fim de uma era. **Revista Carta Capital**, São Paulo, Ano XV, n. 523, Nov.2008b.

COSTA, A. L. M. Retorno ao pêndulo. **Revista Carta Capital**, São Paulo, Ano XIV, n. 492, Abr. 2008a.

DIAS, E. F. Reestruturação produtiva: forma atual da luta de classes. **Revista Outubro**, São Paulo, n. 01, 1998.

DIAS, M. A armadilha do juro alto. **Revista Carta Capital,** São Paulo, Ano XIV, n. 492, Abr. 2008a

HARVEY, D. **O novo imperialismo**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

IPEA. **Estado de uma nação**: mercado de trabalho, emprego e informalidade. Disponível em www.ipea.org.br. Acesso em 14 fev 2007.

KING, D. O estado e as estruturas sociais de bem-estar em democracias industriais avançadas. **Cadernos Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 22, out. 1988.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 01, jan/jun. 2007.

MARTINS, C. E. Da globalização da economia à questão da democracia. In: BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. **Discutindo a assistência social no Brasil**: ciclo de seminários. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social, 1997.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria de transição. São Paulo: Boitempo, 2002.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileiras nos anos 80-90. São Paulo: Cortez, 1995.

PINHEIRO, M. O novo socialismo. **Revista Carta Capital**, São Paulo, ano XV, n. 514, set. 2008a.

PINHEIRO, M. Pacote remendado. **Revista Carta Capital**, São Paulo, ano XV, n. 516, out. 2008b.

PINHEIRO, M. Pacote remendado. **Revista Carta Capital**, São Paulo, ano XV, n. 523, nov. 2008c.

SILVA, S. S. S. **A atuação do conselho municipal de assistência social do Recife frente à ofensiva neoliberal**. 2000. 105 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000a.

SILVA, S. S. S. A esfera pública: a ofensiva neoliberal e a questão social no Brasil. **Revista Pesquisa em Debate**. Recife, p. 56-62, 2000b.

SIQUEIRA, A.; PINHEIRO, M. Navegação na neblina. **Revista Carta Capital**, São Paulo, ano XV, n. 520, Nov. 2008.

Estado moderno, fundo público e capital: uma tentativa de compreensão

Maria Aparecida Nunes dos Santos

Introdução

Este trabalho condensa reflexões sobre alguns dos fundamentos da crítica do Estado articulada à discussão do financiamento das políticas sociais, sobretudo, daquelas que compõem a Seguridade Social. Face ao receituário neoliberal quanto ao contingenciamento de gastos para reprodução social da força de trabalho, esta problemática é um instigante convite para o serviço social refletir acerca dos limites do papel do Estado e, por conseguinte da estruturação do fundo público no enfrentamento das expressões concretas da questão social.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou no plano jurídico-normativo a construção de uma "ordem burguesa menos injusta". Mediante efetivação de princípios como: universalização dos direitos sociais, pluralidade nas fontes de financiamento da Seguridade Social e gestão democrática na destinação dos recursos públicos, debitou-se à superestrutura legal e política do Estado um papel primordial na condução de uma possível transformação social.

Ao contrário desta prescrição jurídica, o que se evidencia no período pós-Constituição é a mercantilização das políticas sociais, a utilização de parte significativa da receita pública para pagamento de encargos da dívida interna e externa e a "passivização" dos trabalhadores no direcionamento dos gastos sociais, que tornam-se cada vez mais seletivos e concentrados em programas focalizados.

Sob a "cantilena" neoliberal da necessidade de redução dos gastos sociais e da "supremacia" do capital fetiche sobre o capital produtivo, a expropriação, exploração e alienação do proletariado e demais trabalhadores assalariados – elementos intrínsecos da lógica produtiva do capital - são conduzidos, passivamente, pelo Estado que enquanto uma estrutura de comando político, e, por conseguinte, parte constitutiva da base material do capital, deve garantir e proteger as condições gerais do modo produção capitalista, acionando suas funções de repressão e/ou integração (MANDEL, 1985).

Dada a configuração de um "fundo público burguês", alimentado tanto por políticas tributárias regressivas, quanto pela Desvinculação de Recursos da União (DRU) - mecanismo que desvincula 20% dos recursos da Seguridade Social e fiscal para manutenção do *superávit* primário com destino ao pagamento dos credores da dívida pública – o modelo de financiamento da Seguridade Social inscrito na atual Carta Magna do país, tornase cada vez mais um "peso morto". Poucos exemplos numéricos seriam suficientes para evidenciar essa retirada de ganhos sociais no âmbito do financiamento.

No entanto, dado os limites deste espaço de anotação e complexidade que a temática suscita, sobretudo, para o serviço social, este trabalho pretende problematizar o orçamento da Seguridade Social para além de um enfoque tecnicista, identificando se este quadro é apenas um reflexo da atual reestruturação do sistema do capital, que mediante seus "imperativos" para superação de mais

uma crise cíclica acaba "capturando" o Estado Democrático de Direito, ou se de fato não se trata de uma "capturação propriamente dita," já enquanto comitê gestor dos negócios da burguesia, o Estado é parte constitutiva da base material do capital.

Fundo público e políticas sociais nos "anos dourados"

As expressões "trinta anos gloriosos'" e *Welfare State* são comumente referenciadas pela literatura dos estudiosos das políticas sociais, para contextualizar o período pós-guerra – de 1945 até os anos de 1975. Período em que o sistema capitalista registrou elevadas taxas de crescimento econômico, aumento do padrão de vida dos trabalhadores europeus e estadunidenses, adicionado ao convívio democrático entre as classes sociais (NETTO, 2006). Este período sócio-histórico dá-se parametrado pela universalização do padrão taylorista-fordista e legitimação das propostas keynesianas, através da instituição de serviços e políticas sociais sustentados por acordos coletivos entre os segmentos do capital e as grandes forças sindicais conduzidas pela socialdemocracia.

Przeworski (1989), ao analisar sobre o ingresso dos social-democratas na máquina administrativa, destaca que estes abandonam seus ideais revolucionários ao comprometerem-se com a manutenção da propriedade privada, e passam, portanto, a mitigar os efeitos distributivos do modo de produção capitalista. Esclarece o autor que como é um traço constitutivo do capitalismo, o fato de que qualquer governo neste modelo societário imprescinde do capital, logo, qualquer natureza de forças políticas que sobe ao poder não afeta esta dependência.

Oliveira (1998), ao conceituar o *Welfare State* como um padrão de financiamento público da economia capitalista, destaca a significativa importância do fundo público neste período. Conforme

este autor, o fundo público passou a ser um pressuposto do financiamento tanto da acumulação do capital quanto da reprodução da classe trabalhadora, atingindo globalmente toda a população por meio dos "gastos sociais". Sob o ângulo da classe trabalhadora, destaca-se a medicina socializada, a educação universal gratuita e obrigatória, a previdência social, o seguro-desemprego, os subsídios para transporte, os benefícios familiares (quotas para auxílio-habitação, salário família), dentre outros.

Já pelo viés do financiamento da acumulação do capital – peso bem mais significativo - as formas de descrição inclui os recursos para ciência e tecnologia; subsídios para a produção, sustentando a competitividade das exportações, através dos juros subsidiados para setores de ponta; investimento na "indústria bélica"; sustentação da agricultura (financiamento dos excedentes agrícolas dos Estados Unidos) e intervenção na circulação monetária de excedentes, mantendo a valorização dos capitais pela via da dívida pública dentre outros (OLIVEIRA, 1998, p. 20).

Contudo, o autor supracitado destaca que tais descrições podem ser ligeiramente refutadas pelo fato de que a utilização do fundo público é um traço constitutivo da lógica produtiva do capital, não sendo, portanto, uma novidade ou uma marca específica do Estado Providência. Porém, segundo sua linha de pensamento, o que distingue o fundo público nesta *fase dourada* é que este passou a ser um *ex-antes* das condições de reprodução de cada capital particular e das condições de vida, em lugar de seu caráter *ex-post* típico do capitalismo concorrencial.

Nesse sentido, Oliveira (1998) ressalta que uma das grandes transformações do Estado que a "revolução keynesiana" formalizou foi a questão da autonomização fiscal, uma vez que o Estado passou a gastar mais do que arrecadava e com isso gerar políticas de demandas. Ao acrescentar o ingrediente político a este processo, o autor esboça que ao menos nesse período, o Estado, embora não tenha deixado de ser classista, passou a ser um espaço não-

exclusivo do "comitê executivo da burguesia". Isto, na medida em que há uma publicização das lutas de classes ao deslocar-se do chão das fábricas para o interior do orçamento do Estado.

Numa perspectiva oposta ao pensamento citado, Mandel (1985) assinala que, embora tenha havido uma ampliação da legislação social e, por conseguinte, um aumento dos "gastos sociais", seria ilusão imaginar o "Estado Social" como sinônimo de redistribuição crescente de renda nacional, ou seja, uma subtração do capital em prol do trabalho. Para esse autor, não há que se negar que o aumento da intervenção do Estado Capitalista Tardio na economia – através do uso crescente do orçamento público para o financiamento de pesquisas e custos de desenvolvimento; financiamento ou subsídios de usinas nucleares, aviões e grandes projetos industriais – lhe possibilitou um maior controle sobre os rendimentos sociais. Porém, tudo que ocorreu, e pode ocorrer no modo de produção capitalista, foi uma "redistribuição horizontal", uma vez que o maior peso dos tributos esteve nas mãos dos trabalhadores ladeados pela perversa evasão fiscal dos grandes monopólios.

Na análise de Mészáros (2002) descortinar o "falso paraíso idílico" do Estado de Bem-Estar Social, conduzido pela experiência do reformismo socialdemocrata, não implica uma negação da importância da luta política para superação do capital, mas possibilita a identificação dos limites da ação política. A incorporação institucional de alguns benefícios para a classe trabalhadora e, portanto, um aumento dos "gastos sociais", só pôde ser efetivada porque estes não representavam nenhuma ameaça para o capital. Ao contrário, convergiu, plenamente, com os interesses do sistema, à medida que contribuiu tanto para a desmobilização e adestramento das forças sindicais quanto à potencialização da massa consumidora.

> [...] desafortunadamente do ponto de vista do capital – o trabalho não é apenas um "fator de produção", em seu aspecto de força de trabalho, mas também a "massa consumidora" tão vital

> para o ciclo normal da produção capitalista e da reprodução da mais-valia. É por isso que o capitalista individual gosta tanto da elevação do poder de compra do *trabalhador dos outros*. Realmente, sob condições adequadas, em princípio ele nem mesmo é contra a melhoria das condições materiais da classe trabalhadora como um todo; quer dizer nos períodos em que tais melhorias não conflitem com as exigências da lucratividade (MÉSZÁROS, 2002, p. 577).

Entretanto, este quadro começa a ruir com fim da fase expansionista do capital desencadeada a partir da década de 1970, quando este ingressa em mais uma de suas crises cíclicas. Esta crise que se arroja até os dias atuais, é definida por Mészáros (2002) como uma crise estrutural, á medida que atinge todos os setores e esferas da atividade produtiva e reprodutiva do sistema do capital global. Tal natureza impossibilita tanto a retomada de um "crescimento dourado" articulado à expansão dos direitos sociais, quanto, sobretudo, põe em xeque a própria sobrevivência humana. É nesta perspectiva que entra em colapso a concepção democrática de fundo público do Estado de Bem-Estar Social, nos países avançados e sua intenção de construção no Brasil, através da Constituição Federal de 1988.

O (des)financiamento da Seguridade Social: como poderia ser diferente?

O financiamento da Seguridade Social – Saúde, Previdência e Assistência Social - inscrita no artigo 195 da Constituição Federal de1988 preconiza que esta deve ser financiada por toda a sociedade de forma direta e indireta mediante recursos oriundos dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social. Este último incide sobre as seguintes contribuições sociais: Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), Contribuição para a Seguridade Social (COFINS),

Contribuição dos Empregadores e Trabalhadores (CETS) e a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), extinta no final de 2007 pelo Congresso Nacional. Esta diversidade na base de financiamento, de incidir sobre o faturamento e o lucro, vem sendo sinônimo de "letra morta". Primeiro porque o maior peso da receita da Seguridade advém do bolso dos próprios trabalhadores, seja pela via da Contribuição sobre a Folha de Salário seja pela via do consumo. A CSLL, por exemplo, de 1999 á 2005, respondeu apenas por 3,2% dos recursos, dado insignificante face às margens de lucro do setor financeiro. Segundo, porque o governo dispõe de uma peça legal de manipulação orçamentária - Desvinculação de Receita da União (DRU) - que desvincula anualmente do Orçamento da Seguridade Social cifras bilionárias para saciar o apetite dos rentistas em detrimento do atendimento as necessidades sociais básicas da população (BEHRINHG; BOSCHETTI, 2007).

Em recente produção, Iamamoto (2008, p. 109), tenta desvendar esse quadro. O crescimento da dívida pública juntamente com a expressividade do mercado acionário das empresas, esclarece a autora, conformam os "braços" de sustentação do atual estágio da acumulação capitalista, em sua *performance* de "mundialização financeira". Entretanto, alerta a mesma, que embora este quadro caracterize o atual modo de estruturação da economia mundial, não significa afirmar que haja uma independência ou anulação de sua base produtiva, uma vez que "a esfera das finanças, por si mesma, nada cria, apenas nutre-se da riqueza criada pelo investimento capitalista produtivo e pela mobilização da força de trabalho".

Tal quadro tem sua gênese na crise cíclica desencadeada a partir da década de 1970, em que a reestruturação do capital ancora-se na fusão de grandes grupos industriais transnacionais e instituições financeiras que, por sua vez, passam a comandar as regras do processo produtivo. O "reino do capital fetiche ou capital dinheiro", portanto, acentua Iamamoto (2008), não seria possível sem a intervenção do Estado, expressa tanto no estabelecimento de tratados

internacionais, investimento em pesquisa e novas tecnologias para subsidiar interesses empresariais, (des)proteção dos mercados locais, quanto no pesado endividamento dos governos, sobretudo periféricos, que passam a alimentar, o que a autora, denomina como "indústria da dívida".

No entanto, o crescimento da dívida pública não configura, propriamente, um elemento inédito na história da acumulação capitalista. A canalização dos recursos públicos para "saneamento" das dívidas do Estado, adicionado ao fenômeno da supertributação, são formas levianas de expropriação dos trabalhadores presentes no modo de produção capitalista, já analisadas por Marx (1983), na sua fase primitiva. Assinala o autor, que o Sistema de Crédito, ou seja, das Dívidas do Estado, é um dos traços propulsores e constitutivos do processo de acumulação e expansão do capital. Para a "economia vulgar" a falta de fé na dívida pública passa a ocupar o lugar do pecado contra o divino Espírito Santo.

> [...] como a dívida do Estado se respalda nas receitas do Estado que precisam cobrir juros e demais pagamentos anuais, o moderno sistema tributário tornou-se um complemento necessário do sistema de empréstimos nacionais. Os empréstimos capacitam o governo a enfrentar despesas extraordinárias, sem que o contribuinte sinta imediatamente, mas exigem ainda assim, elevação de impostos. Por outro lado, o aumento de impostos causados pela acumulação de dívidas contraídas sucessivamente força o governo a tomar novos empréstimos para fazer face a novos gastos extraordinários. E assim a supertributação sobre os meios de subsistência mais necessários, é muito mais um princípio que um incidente (MARX, 1983, p. 375).

Esse registro secular e ao mesmo tempo contemporâneo suscita uma real apreensão do papel do Estado na estruturação do

sistema do capital. Estado esse que através de seu aparato legal penaliza as parcas rendas familiares com elevada tributação sobres insumos básicos, legitima a flexibilidade e (des)proteção trabalhista, isenta de tributos fiscais extensas faixas territoriais e a remessa de lucros e dividendos para o exterior, "criminaliza" os movimentos sociais com suas ferramentas coercitivas, dentre outros exemplos que poderiam ser facilmente arrolados.

É inconteste que, face "À Era do Capital Fetiche", como assinala Iamamoto (2008), há uma barbarização da sociabilidade humana e intensificação da alienação, à medida que toda a riqueza socialmente produzida aparece, mais do que nunca, como fruto de uma "economia virtual", algo independente do universo do trabalho.

Seguindo essa diretriz de análise, a referida autora conclui que são as "políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do grande capital produtivo transnacional as possíveis forças que capturam o Estado". Nesta perspectiva, seriam estas "forças" que drenariam recursos públicos para pagamento da dívida externa e interna ao invés de retornar para a população em forma de bens e serviços como saúde, educação, habitação dentre outros, e que, logo, impossibilitaria a efetivação de um Estado Democrático de Direito capaz de atender os "interesses gerais" da população.

Contudo, se visualizarmos a relação entre Estado e Capital, a partir de uma perspectiva ontológica como recomenda Mészáros, pode-se afirmar que não há uma real capturação do Estado pelas forças do capital financeiro, pois ambos, Estado e Capital são complemetares. A razão de ser do Estado Moderno e, por conseguinte, de todas as suas *performances,* seja liberal-democrática seja ditatorial, é garantir e proteger as condições gerais para extração da mais-valia do trabalho excedente. Logo, sua superestrutura legal e política, pode perfeitamente ser alterada para manutenção desta função (MÉSZÁROS, 2002).

Assim, o que há, objetivamente, entre Estado e capital não é uma relação de autonomia, tampouco de subordinação, e sim uma relação de reciprocidade dialética, de complementação emergida pela própria forma de estruturação antagônica do sistema do capital, qual seja a separação entre produção e controle, produção e consumo, produção e circulação.

A imposição de uma divisão social hierárquica do trabalho como força cimentadora problemática, e até explosiva, conforme acentua Meszáros (2002) e, por conseguinte a instituição de classes, irreconciliavelmente opostas em suas bases objetivas, é uma necessidade inevitável do sistema do capital, uma vez que as funções de produção e controle do processo de trabalho encontram-se radicalmente separadas[1].

A ausência de unidade entre tais funções suscita uma justificativa ideológica inquestionável para sustentabilidade da ordem estabelecida. É nesse sentido, que há todo um esforço da teoria liberal burguesa na confecção mitológica de igualdade e liberdade para uma sociedade estruturalmente antagônica. Sob o engodo de um relacionamento entre iguais "livremente iniciado" a estrutura legal do Estado Moderno sanciona e protege o "material alienado e os meios de produção (ou seja, a propriedade radicalmente separada dos produtores diretos) e suas personificações, os controladores individuais (rigidamente comandados pelo capital) do processo de reprodução econômica" (MÉSZAROS, 2002).

A noção de um trabalho livre e contratual, ao contrário da escravidão e da servidão, absolve o capital do peso de uma dominação forçada. Como lembra Marx (1983), em ambos os modelos de produção o "trabalho não-pago ou trabalho excedente" aparece

1 Exemplifica Mészáros (2002) que nem mesmo a ordem feudal institui essa separação radical, pois apesar da complexa sujeição política do servo ao senhor feudal, ainda que minimamente, ele era dono de seus instrumentos e mantinha um controle não formal, mas substantivo, sobre boa parte do processo de produção em si.

visivelmente. Nessa perspectiva, explica o autor como se dá a consumação da força de trabalho[2] enquanto mercadoria e, por conseguinte a instituição da forma de trabalho assalariado.

> A força de trabalho como mercadoria só pode aparecer no mercado a medida que e porque ela é oferecida a venda ou é vendida como mercadoria por seu próprio possuidor pela pessoa da qual ela é força de trabalho. Para que seu possuidor venda-a como mercadoria, ele deve poder dispor dela, ser, portanto, livre proprietário de sua capacidade de trabalho, de sua pessoa. Ele e o possuidor de dinheiro se encontram no mercado e entram em relação um com o outro como possuidores de mercadorias iguais por origem, só se diferenciando por ser um comprador e o outro vendedor sendo, portanto, ambos pessoas juridicamente iguais (MARX, 1983, p. 285).

Faz-se necessário registrar que a ruptura entre produção e controle personificada, de um lado na figura do capitalista (proprietário dos meios de produção) e de outro na figura do proletário (meros possuidores de suas próprias forças de trabalho), não é um fato natural, tampouco social comum a todos os períodos históricos, mas resultado de um desenvolvimento histórico gestado ao longo de três séculos, e que Marx (1983) caracteriza como a "fase pré-histórica do capital" ou a "assim chamada acumulação primitiva".

Outro ponto enfatizado por Meszaros (2002, p. 108) quanto à presença do Estado na fragmentação entre produção e controle, refere-se ao fato de que sem o maquinário do Estado Moderno "haveria

2 Conforme Marx (1983, p. 285), entende-se por força de trabalho ou capacidade de trabalho o conjunto das faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade, na personalidade viva de um homem e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie.

repetidas perturbações, emergidas da ausência de uma transmissão de propriedade compulsoriamente regulamentada de uma geração à próxima, perpetuando a alienação do controle pelos produtores".

Quanto ao defeito estrutural da separação entre produção e consumo, um dos principais aspectos a destacar, segundo o referido autor, refere-se à problemática da incontrolabilidade do capital orientado para expansão e movido pela acumulação[3]. Essa determinação constitui ao mesmo tempo, um dinamismo inimaginável em relação aos modelos de produção precedentes, e uma deficiência fatídica. A natureza incontrolável e insaciável do capital, portanto, representou uma arma "demolidora" das amarras feudais a uma produção ilimitada de mercadorias, a exemplo da proibição da usura, santificação da terra e auto-suficiência das unidades produtivas. Nesse sentido, explica o autor que

> [...] em razão da subordinação necessária do valor de uso [...] às exigências de auto-expansão e acumulação, o capital em todas as suas formas tinha de superar também a abominação de ser considerado, por muito tempo, a forma mais "anti-natural" de controlar a produção de riquezas.

Portanto, com a ruptura entre produção e consumo, há um deslocamento do predomínio do valor de uso para uma produção ilimitada de mercadorias, mercadorias essas que, pela própria compulsão do capital, precisam ser escoadas para uma possível realização da mais-valia. Neste sentido, o Estado assume diretamente o papel de consumidor direto em escala sempre crescente, seja assumindo a responsabilidade de algumas necessidades reais da reprodução social (saúde, educação, habitação, etc.), seja satisfazendo apetites

3 "Se o capital aumentar de 100 para 1000, então 1000 é o novo ponto de partida, a partir do qual o aumento tem que começar" (MARX apud MESZAROS, 2002, p. 603).

artificiais gerados pelo seu imenso aparelho burocrático-administrativo e pelo complexo industrial-militar, imensamente perdulário, porém, benéfico ao capital.

Outro traço constitutivo do sistema do capital, ainda no que tange à fragmentação entre produção e consumo, refere-se a necessidade ideológica da propagação de sistema coeso, saudável e racionalmente administrável. Caso emblemático dessa afirmação é a idéia da "soberania do consumidor" individual, forjada para ocultar o real produtor de mercadorias que lhes aparecem como "objeto estranhado".

> Compreensivelmente, a ideologia burguesa gosta de descrever o capitalista como "o produtor" (ou o produtor da riqueza) e falar do consumidor como uma entidade misteriosa independente, de modo que o verdadeiro produtor de riqueza – o trabalhador – desapareça das equações sociais e sua parcela no produto social total seja declarada "muito generosa" mesmo quando "escandalosamente baixa" (MESZAROS, 2002, p. 110).

Entretanto, esse tipo de justificativa está confinado à esfera ideológica, pois, no real, o trabalhador é um potencial consumidor e como tal desempenha um papel de grande relevância no funcionamento "saudável" do sistema. Então, pode-se questionar: qual o papel do Estado no conjunto de questões advindas com a separação entre produção e consumo e, por conseguinte, de uma produção ilimitada e (destrutiva) de mercadorias? Partindo-se do pressuposto de que este não pode criar uma unidade genuína entre produção e consumo, pois esta é uma determinação estrutural do sistema,

> Ele [Estado] deve ajustar suas funções reguladoras em sintonia com a dinâmica variável **do** processo de reprodução socioeconômica complementando politicamente e reforçando

> a dominação do capital contra as forças que poderiam desafiar as imensas desigualdades na distribuição e no consumo (MÉSZÁROS, 2002, p. 110).

Por último, cabe destacar o papel ativo do Estado à procura de alguma espécie de unidade entre produção e circulação. Essa busca de unidade advém da necessidade de circulação, de um intercâmbio global de mercadorias. Explica o referido autor que uma das contradições mais evidentes nesta fragmentação é que, se por um lado, historicamente, as estruturas corretiva global e de comando político do sistema do capital se articulam como Estados Nacionais, por outro lado, é inconcebível que tal sistema se confine a tais limites.

É esta ausência de unidade no conjunto das contradições estruturais do capital que torna o Estado uma parte constitutiva da materialidade do capital, despenhando um papel coesivo para efetivação do imperativo estrutural do sistema orientado para expansão e extração do trabalho excedente, como assegura Mészáros (2002, p. 124) na seguinte citação:

> O Estado moderno – na qualidade de sistema de comando político abrangente do capital – é, ao mesmo tempo, o pré-requisito necessário da transformação das unidades, inicialmente, fragmentadas num *sistema viável*, e o quadro geral para a completa articulação e manutenção deste último como *sistema global*. Neste sentido fundamental, Estado [...] deve ser entendido como parte integrante da própria base material do capital. Ele contribui de modo significativo não apenas para a formação e a consolidação de todas as grandes estruturas reprodutivas da sociedade, mas também para seu funcionamento ininterrupto.

Seguindo essa linha de pensamento seria ingenuidade teórica pensar, portanto, que o Estado, sobretudo diante da atual crise estrutural, possa ser "recapturado" pelos trabalhadores das mãos dos representantes do capital, como reforça Paniago (2007). Primeiro, porque a ideia de capturação supõe uma autonomia da máquina estatal, à medida que, dependendo da composição da correlação de forças no interior do Estado, este poderá exercer um controle sobre o capital e favorecer os trabalhadores. E, segundo, porque enveredar por este caminho é nutrir a teoria liberal burguesa quanto à disjunção entre economia e política, princípio fundamental á manutenção do capital.

Já a capturação do Estado pelo capital não poderia ser diferente, pois o sistema do capital se reveste de uma singularidade histórica ao apresentar-se como uma forma incontrolável de controle sócio-metabólico, um "sistema de controle sem sujeito" à medida que suas determinações objetivas sempre acabam se sobrepondo aos desejos subjetivos. É nesse sentido que o capital, segundo Meszáros (2002, p. 96),

> [...] sujeita cegamente aos mesmos imperativos a questão da saúde e a do comércio, a educação e a agricultura, que implacavelmente sobrepõe a tudo seus próprios critérios de viabilidade, desde as menores unidades de seu microcosmo até as mais gigantescas empresas transnacionais, desde as mais íntimas relações pessoais até os mais complexos processos de tomada de decisão dos monopólios industriais, sempre a favor dos fortes.

No entanto, é irônico, como explana o referido autor, o esforço empreendido pelos apologéticos do capital em projetar uma imagem de ordem saudável e racionalmente administrável. Por outro lado, isto, torna-se compreensível na medida em que está alçado como uma das funções do Estado a preservação da ideologia da

classe social dominante, pois um aparelho estatal que não garanta tal preceito é "tão impensável quanto um extintor de incêndio que espalha chamas ao invés de apagá-las" (MANDEL, 1985, p. 348).

Algumas considerações finais

As reflexões problematizadas ao longo desta produção textual nos levam às seguintes indagações: Porque as necessidades sociais básicas são subordinadas aos interesses do capital? O que explica a destinação do fundo público em prol do apetite parasitário do capital financeiro enquanto os reais sujeitos produtores do "conteúdo material da riqueza social" encontram-se desprovidos de mínimas condições de sobrevivência, embora alentados por Programas focalizados como o Bolsa Família que abocanha uma significativa fatia da receita pública? Porque o fundo público originário do próprio "sangue" do proletariado não permite, diante da atual crise estrutural, seu controle em favor do conjunto dos trabalhadores? Não seria o fundo público burguês por natureza, à medida que advém da extração do trabalho excedente? Na concepção marxiana, seria mais apropriado lutar pela "democratização" do fundo público ou pela sua própria extinção? Como o Estado pode "enfrentar" os males sociais, seja com escassez ou abundância de recursos, ao tempo em que mantém intacta a propriedade privada e, por conseguinte, a exploração do homem pelo homem?

Com este esboço teórico estamos definindo a perspectiva teórico-metodológica condizente para a análise do financiamento de qualquer política social. Uma análise que ultrapasse o desenho tecnicista perfilado pelos números e, identifique os "fios invisíveis" que tecem esta problemática, e coloque-se como uma temática fundamental e instigante para o serviço social. Assim, assinalamos que é somente olhando para o movimento histórico e para a base produtiva em que se assentam as relações sociais, que poderemos

compreender a razão de ser do Estado, do fundo público e das políticas sociais. E, por conseguinte, apreender os limites (impotência) do Estado para o enfrentamento da agudização dos males sociais, mesmo que dispusesse de um montante de recursos "volumoso e democrático".

Referências

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006. (Col. Biblioteca Básica do Serviço Social, v.II)

IAMAMOTO, M.V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2008.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (livro 1, tomo II)

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

NETTO, J. P; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006. (Col. Biblioteca Básica do Serviço Social, v.I)

OLIVEIRA, F. **Os direitos do anti-valor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1985.

PANIAGO, M. C. S. **Mészáros e a incontrolabilidade do capital**. Maceió: EDUFAL, 2007.

PRZERWORSKY, A. **Capitalismo e social-democracia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

Carga tributária e política social: considerações sobre o financiamento da Seguridade Social

Jordeana Davi
Claudia Martiniano
Maria Aparecida Nunes dos Santos
Geraldo Medeiros Júnior
Mariana Cavalcanti Sousa Braz
Juliana Maria do Nascimento
Fabiana Faustino da Cruz

Introdução

O modelo tributário brasileiro, sob a ordem do capital, se expressa pelo predomínio de impostos indiretos e seus efeitos regressivos. A tributação tem merecido pouco destaque no amplo debate acerca das políticas sociais no Brasil, concentrado na distribuição das despesas e na eficácia dos gastos públicos, sem a necessária atenção quanto à origem dos recursos. A conquista da seguridade social, a partir da Constituição Federal de 1988, que passou a contar com orçamento

próprio e pluralidade de fontes para seu financiamento, incluindo, para além da folha de salário, o faturamento e o lucro, vem sendo ameaçada pela Proposta de Reforma Tributária, a PEC 233/2008, encaminhada ao Congresso Nacional pelo Governo Lula. A PEC ataca o orçamento da seguridade social com vistas a desqualificá-la (ou desconstruí-la) enquanto política pública de direito. Este artigo aborda o perfil regressivo da estrutura tributária brasileira e o seu agravamento pela PEC de 2008, destacando a origem e a prioridade dos gastos públicos, a repartição entre os entes federados, as bases de incidência econômica e a destinação para a seguridade social.

Essa reflexão é resultado das pesquisas que vêm sendo desenvolvidas no Grupo de Estudos, Pesquisas e Assessoria em Políticas Sociais (GEAPS/UEPB), através do Programa de Iniciação científica (PIBIC) e de pesquisa com apoio do CNPq: O Financiamento da Assistência Social no contexto do Sistema Único da Assistência Social: um estudo dos municípios habilitados na gestão plena do SUAS no Estado da Paraíba, que vem sendo desenvolvida desde 2007.

A relevância desta temática consiste em oferecer uma reflexão crítica acerca das decisões macroeconômicas, que rebatem diretamente no custeio das políticas sociais. As políticas sociais são polarizadas por um tipo de requisição do capital, de inspiração neoliberal, que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, a política social à política econômica, subvertendo os preceitos constitucionais. Subestima os direitos à lógica fiscal, ou seja, à "lógica do contador". A leitura dos orçamentos governamentais, apreendidos como uma peça técnica, silencia os critérios políticos que norteiam a eleição das prioridades dos gastos, estabelecidos pelo bloco do poder (IAMAMOTO, 2001, p. 23). A viabilização dos direitos sociais e, em especial, aqueles atinentes à seguridade social, pauta-se segundo as regras de um livro-caixa, do balanço entre crédito e *déficit* no cofre governamental. Neste sentido, a elaboração e interpretações dos orçamentos passam a ser efetuados segundo

parâmetros empresariais de custo/benefício, eficácia /inoperância/ produtividade/rentabilidade.

Este contexto desafia as instâncias de formação universitária no sentido de capacitar os profissionais com elementos teóricos e técnicos, para a leitura critica dos orçamentos sociais. No âmbito mais específico da formação profissional do assistente social, ainda se constitui um desafio trabalhar esta temática de forma mais sistemática e aprofundada. Observa-se nos espaços de socialização da profissão, a exemplo dos encontros científicos, uma maior preocupação dos pesquisadores em ter uma melhor apropriação desta temática, entendendo o orçamento como determinado pela política econômica, e não apenas uma peça técnica, neutra, explicada por ela mesma, mas sim impulsionada por interesses.

Nesse sentido, para analisar o financiamento das políticas sociais, no Brasil, é importante situar as origens e a destinação do fundo público, no intuito de compreendermos quem financia as políticas sociais e as demais despesas do Estado, se o capital ou o trabalho. Afirma-se que a carga tributária é muito alta no Brasil, mas embora possa ser verdadeira, essa não é a questão fundamental, lembra SICSÚ (2007, p. 14). O mais importante é saber quem arca com os impostos, taxas e contribuições que financiam os gastos do governo. "O Estado brasileiro é praticamente financiado pelos trabalhadores assalariados, em particular por aqueles de menor poder aquisitivo" (p. 14). Sicsú (2007) ressalta, ainda, que o sistema financeiro paga reduzidos impostos relativamente a sua capacidade de contribuição (ver lucro dos bancos na tabela 1) e, apesar disso, é o principal beneficiário quando o governo realiza as suas despesas. Além disto, o setor financeiro se beneficia das altas taxas juros (a SELIC, taxa básica de referência, é uma das maiores do mundo), o que explica os altos lucros, obtidos principalmente a partir da rolagem da dívida pública. Esta realidade é determinada pela requisição do capitalismo contemporâneo, com relação ao papel do Estado na resposta às crises do capital.

Tabela 1 - Lucro dos Bancos

Ano	Lucro dos Bancos (R$ Milhões)
1996	-4.423.2590000000
1997	4.235.3780000000
1998	688.2470000000
1999	13.089.9800000000
2000	9.264.6010000000
2001	814.2010000000
2002	20.212.1050000000
2003	19.071.4400000000
2004	24.287.0540000000
2005	33.844.0790000000

Fonte: Carneiro (2007, p. 151)

Para uma melhor compreensão das políticas sociais, faz-se necessário a compreensão sobre a composição das receitas públicas, que materializa-se na estrutura da carga tributária do Estado, e seu significado no âmbito das prioridades dos governos. A política econômica brasileira e suas políticas fiscais vêm sendo fortemente determinadas pelas recomendações impostas nos acordos firmados entre o governo brasileiro e o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, a partir de 1998, para pagar mais juros da dívida pública (BEHRING; BOSCHETTI, 2006), bem como nos programas de apoio financeiro.

A carga tributária constitui-se um indicador que expressa a relação entre o volume de recursos que o Estado arrecada da sociedade – sob a forma de impostos, taxas e contribuições - para financiar as atividades que se encontram sob sua responsabilidade e o Produto Interno Bruto (PIB).

A partir da segunda metade dos anos de 1990 e nesta primeira década do século XXI, tanto nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) quanto no primeiro e no início do segundo mandato do presidente Lula (2003 com previsão para término em 2011), o ajuste fiscal de curto prazo tem tido precedência sobre as decisões relativas a reformas estruturais tributárias e outras. Segundo Dain (2005), há uma distorção no padrão tributário brasileiro, por opção política é claro, priorizando a produtividade fiscal dos impostos, relativamente à sua qualidade. O resultado desta política foi um aumento significativo da carga tributária, a qual representa, atualmente, em torno de 37% do PIB, com elevação centrada nas contribuições sociais de natureza cumulativa, contrárias à competitividade e desfavoráveis às cadeias produtivas longas.

A partir da Constituição Federal de 1988 houve um fortalecimento da capacidade tributária própria dos governos estaduais e municipais. O Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviços (ICMS), por exemplo, absorveu cinco antigos impostos federais, além de ter suas alíquotas flexibilizadas e sua administração delegada aos próprios Estados. No tocante aos municípios, passaram a ter uma participação maior no bolo tributário, com um aumento de 25% nos percentuais de partilha sobre o Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), formando o Fundo de Participação dos Municípios (PFM), que é composto por 23,5% da arrecadação proveniente do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produto Industrializado.

Se, no plano jurídico-tributário, a Constituição Federal de 1988 caminhou no sentido da descentralização fiscal, no plano real ocorreu o contrário, uma vez que 68% da carga tributária ainda está concentrada na União, cabendo 28% aos Estados e, apenas 4% aos municípios. Após as transferências constitucionais, por meio dos Fundos de Participação dos Estados e Municípios e Fundos Setoriais (Fundo Nacional de Saúde, de Assistência Social, de Educação, entre outros), essa distribuição melhora um pouco, mas

mesmo assim, 60% da receita tributária permanece extremamente concentrada no âmbito do Governo Federal. Segundo Pochman (2008), na ocasião de uma palestra proferida no I Seminário Internacional de Reforma Tributária, ocorrida em março de 2007, remetendo-se à oportunidade que teve de exercer uma experiência de gestão na Cidade de São Paulo, no mandato de Marta Suplicy (PT), observou que neste município, a cada R$ 10,00 de receita arrecadada, menos de R$ 1,00 constitui-se o seu próprio orçamento, denunciando, assim, um vazio no pacto federalista brasileiro.

Até final dos anos 1990, 60% dos municípios apresentavam uma forte dependência das transferências constitucionais, medida pela relação entre receitas municipais correntes e os recursos transferidos pelo FPM, maiores que 50%. Em 46% dos municípios, este grau de dependência situava-se entre 60% e 70% de sua receita corrente (FENAFISCO, 2008; DAIN, 2005).

Para enfrentar essa divisão do bolo tributário entre os demais entes federados, o Governo Federal vem, a partir dos anos 1990, adotando medidas legais de recentralização de recursos, na perspectiva do ajuste fiscal, recomendadas pelas agências internacionais de crédito para geração de *superávit* fiscal.

A partir de 1995, as alterações realizadas na legislação tributária vêm sendo conduzidas através da criação ou elevação da alíquota das contribuições. Dentre os motivos do acelerado aumento das contribuições sociais na Carga Tributária Brasileira, ressalta-se o fato de as mesmas não serem partilhadas com os estados e municípios, figurando uma estratégia do governo que amplia a concentração de receitas no âmbito da União e produzindo o excedente monetário, mesmo em tempos de recessão. A ampliação da taxação sobre as contribuições e não sobre os impostos, nos últimos anos, tem implicado na diminuição da distribuição da receita disponível para os entes sub-nacionais, fato que tem acirrado a disputa federativa em torno do fundo público, a chamada 'guerra fiscal' entre estados.

A esse respeito, Carvalho e Brami-Celentino (2007, p. 46) destacam que:

> as reformas tributárias tiveram um papel relevante na América Latina, para a estabilização da moeda, a liberalização da economia e a reconstrução do núcleo do poder estatal [...], que ocorreu em 15 países da região, de 1977 a 1995, com menor progressividade, menos isenções, ênfase na tributação sobre o valor agregado e fortalecimento da administração tributária.

Chamam a atenção, ainda, para o vínculo entre as reformas e as condições impostas pelo FMI nos programas de apoio financeiro.

A arrecadação das contribuições sociais, que está vinculada ao orçamento da seguridade social e, constitucionalmente, só pode ser utilizada nas três políticas que a compõe (saúde, previdência e assistência social), vem sendo alvo de desvinculação de recursos por parte do governo, promovendo assim, a recentralização dos recursos, sobretudo a partir de 1994, por meio do uso indiscriminado destas contribuições, através de medidas legais de desvinculação de recursos, como o Fundo Social de Emergência (FSE), Fundo de estabilidade Fiscal (FEF) e, atualmente, a Desregulamentação de Recursos da União (DRU), medidas legais de subtração de recursos do orçamento da seguridade social, para composição do *superávit* primário, mecanismo criado no âmbito do Plano Real, para formar um montante de recursos para pagamento da dívida pública. Este mecanismo de manipulação orçamentária foi prorrogado até 2011 e se constitui um dos grandes vilões do orçamento da seguridade social, e não o gasto previdenciário, tão desqualificado na mídia falada e escrita (BEHRING, 2008).

É importante destacar que as contribuições sociais não são partilhadas, com percentuais fixos, com os estados e municípios, fortalecendo o caixa da União (DAIN, 2005). Essa repartição se dá através da transferência fundo a fundo, dos fundos nacionais de

Saúde e Assistência Social para os seus respectivos fundos estaduais e municipais. Quanto ao Fundo Nacional de Assistência Social, observa-se ao longo da sua existência, uma centralização dos seus recursos no âmbito do Governo Federal para o custeio do Benefício de Prestação Continuada; já a transferência para os fundos estaduais e municipais de Assistência Social não chega a 10% dos recursos do Fundo Nacional, esvaziando a descentralização financeira da assistência social, prevista na LOAS e a capacidade dos municípios e dos estados implementarem a Política de Assistência Social.

Distorções no sistema tributário nacional

A análise, nos limites deste artigo, do modelo tributário nacional privilegiará a divisão do bolo tributário entre os entes nacionais, a partir do pacto federativo brasileiro bem como as bases de incidência dos tributos. Para compreender melhor a regressividade e a progressividade dos impostos, é necessário avaliar as bases de incidência econômica, que são a renda, a propriedade, a produção, a circulação e consumo de bens e serviços (SALVADOR, 2008).

Os impostos diretos são aqueles incidentes sobre a renda e o patrimônio e que podem assumir um caráter progressivo, uma vez que, em tese, não são passíveis de transferência para terceiros. Um tributo é considerado progressivo quando aumenta a participação do contribuinte à medida que cresce sua renda. "Desse modo, arcam com maior ônus da tributação os indivíduos em melhores condições de suportá-la, ou seja, aqueles que obtêm maiores rendimentos" (OLIVEIRA, 2001 apud BOSCHETTI; SALVADOR, 2006, p. 30). Neste caso, a progressividade e a justiça fiscal ocorrem quando os trabalhadores são desonerados e o capital mais taxado.

Por outro lado, os impostos indiretos são considerados regressivos na medida em que tem uma relação inversa com o nível de renda do contribuinte, prejudicando as pessoas de menor poder aquisitivo. Estes

tributos incidem sobre a produção e consumo de bens e serviços, sendo passíveis de transferências para terceiros, ou seja, para os preços dos produtos adquiridos pelos consumidores, quem na verdade acabam pagando pelo tributo (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

Segundo estimativas do INESC, em 2008, mais da metade dos tributos arrecadados incidiram sobre o consumo. Como se sabe o Estado brasileiro é financiado pelos trabalhadores assalariados (chamada classe média) e pelas classes de baixa renda, os quais respondem por 61% das receitas do país. O peso da carga tributária atinge gravosamente as rendas das camadas de menor poder aquisitivo, tendo em vista que a maior incidência é sobre o consumo, e é bastante modesto quanto à tributação do lucro, da renda e do patrimônio. Por outro lado, a receita pública também tem um destino injusto, já que o gasto do Estado privilegia o cumprimento dos compromissos financeiros firmados com o grande capital, o que beneficia as camadas rentistas.

Quando visualizado o destino desses recursos, identifica-se que uma parcela considerável da receita pública é direcionada para o pagamento de juros e amortizações da dívida púbica, beneficiando os setores do capital parasitário financeiro, a título de pagamento de juros. Desse modo, o favorecimento do Estado sobre a renda do capital, via tributação, se dá em duas direções, já que o mesmo também é privilegiado pela desoneração na tributação, considerando o novo padrão de riqueza baseado na monetarização, no capital *fetiche*.

Segundo dados do SIAFI, sistematizados na tabela 2, tomando por base as contas do Governo Federal, se vê que o sistema financeiro recebeu muitas vezes mais a título de pagamento de juros do que é gasto com educação, saúde e outras rubricas. Conforme o exposto na tabela 2, entre 2000 e 2007 o Governo Federal gastou 264, 24 vezes a mais com juros do que gastou com habitação. A mesma relação pode ser feita tomando como base assistência social (7,74 vezes), saúde (3,11 vezes), educação (6,53 vezes) e ciência e tecnologia (154,53 vezes).

Além de apresentar valores absolutamente altos, o pagamento de juros cresceu 234,38 % no período, mesmo com todos os esforços por parte do governo para reduzir a dívida pública. No mesmo período, o governo gastou R$ 250 bilhões com saúde e R$ 119 bilhões com educação. A soma dos dois representa apenas 47,5 % do que foi gasto com juros no mesmo período. No caso dos gastos com organização agrária, representaram, no período, apenas 2, 59% do que foi gasto com juros.

Apesar dos esforços da grande mídia em mostrar a inevitabilidade do pagamento dos juros, o que se vê, na prática, é uma clara opção política brasileira em relação aos gastos públicos. Por diversos momentos no período em análise a SELIC, taxa de juros básica e que indexa a maior parte da dívida pública, esteve entre as maiores do mundo, quando não foi a maior de todas.

Tabela 2 – Evolução dos gastos do Governo Federal (Em bilhões de reais correntes)

Itens de despesa	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Assistência Social	4,4	5,2	6,5	8,4	13,9	15,8	21,5	24,7
Saúde	20,2	23,6	25,4	27,2	32,9	36,5	39,7	44,9
Educação	10,6	11,6	13,2	14,2	14,5	16,2	17,3	21,4
Segurança Pública	2,1	2,6	2,2	2,4	2,8	3,0	3,4	4,7
Organização agrária	1,1	1,3	1,3	1,4	2,6	3,6	4,2	4,7
Despesas com pagamento de juros	47,4	63,2	66,9	79,3	88,5	105,9	168,6	158,6

Fonte: SIAFI - STN/CCONT/GEINC e COREM

Na distribuição da carga tributária por níveis de renda, a crescente participação da tributação indireta vem onerando mais pesadamente os contribuintes de baixa renda, dada a maior representatividade dos gastos em consumo em seus orçamentos

familiares (DAIN, 2005). Segundo Pochmann (2008), baseado nos dados da Pesquisa de Orçamento Familiar, aqueles que recebem até dois salários mínimos têm comprometido quase que 50% de sua renda com a tributação. Esse fato é completamente distinto quando analisados os maiores níveis de renda, nos extratos com renda mensal superior a 30 salários mínimos, o peso da tributação é inferior a um terço de sua renda.

Outro fator que acentua o desequilíbrio da relação tributária revela-se, ainda, quanto à cobrança direta. Os trabalhadores pagam em impostos diretos proporcionalmente o dobro em relação aos empregadores. De acordo coma a Pesquisa de Orçamento Familiar, do IBGE, no extrato da população com renda mensal acima de R$ 957,96, os trabalhado pagam em tributos diretos 16% da renda e os donos de empresas apenas 8%. De 1999 a 2005, os trabalhadores pagaram quase cinco vezes mais impostos sobre a renda que qualquer outro setor da economia (SALVADOR, 2008). Para se ter uma idéia, em 2007, o brasileiro trabalhou 146 dias somente para pagar os impostos, isto é, até o dia 26 de maio do mesmo ano, e considerando apenas a tributação direta: IR, INSS, IPVA e IPTU. Contraditoriamente, os serviços prestados, quando efetivamente ocorrem, são de péssima qualidade e apenas o básico, como no caso da saúde, previdência, educação e segurança.

Aliado a esta política perversa de elevada carga tributária sobre o consumo, o governo brasileiro mantém as mais altas taxas de juros do mundo, contaminando os gastos públicos, obrigando à geração de s*uperávits* fiscais, de até 4,25 % do PIB ao ano, para pagamento dos juros e encargos da dívida pública, num duplo beneficiamento do capital: no tributo e na destinação do fundo público.

O modelo tributário brasileiro é favorável à grande indústria, grande comércio, setor exportador, principalmente a agroindústria, que possui isenção, dispensando de contribuir para a

previdência social (ANFIP, 2008), acarretando grande elevação da carga tributária para todo o vasto setor de serviços. O peso dos impostos sobre o patrimônio no Brasil é insignificante, não chegando a 3% do PIB. Em 2007, segundo dados da ANFIP (2008) e do INESC (2008), a arrecadação dos impostos que tem incidência sobre o patrimônio respondeu por apenas 3,3% do montante arrecadado, apresentando um pequeno acréscimo. O único imposto federal sobre patrimônio – o Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR) tem uma arrecadação ínfima, chegando a ser inferior, na sua dimensão nacional, ao que alguns brasileiros pagam de IPTU em poucos Distritos da cidades de São Paulo (POCHMANN, 2008). A arrecadação do ITR significa menos de 0,1% do PIB, apesar da estrutura fundiária brasileira (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

O imposto sobre as grandes fortunas, previsto na Constituição Federal de 1988, nunca foi regulamentado, ficando fora de todas as propostas de Reforma Tributária no Congresso. As tributações de renda e propriedade nunca ocuparam destaque na agenda nacional e nos projetos de Reforma Tributária, após 1988. Segundo Dain (2005), na proposta de Reforma Tributária de 2003, a única manifestação clara de diferenças ideológicas deu-se na objeção à instituição de tributação progressiva sobre as grandes fortunas. De um lado, os partidos conservadores foram claramente contra a circulação desta proposta. De outro, todos os demais parlamentares, com exceção do núcleo ideológico do PT e de alguns parlamentares de partidos de esquerda, pouco se mobilizaram na defesa das mudanças pretendidas.

A proposta de emenda constitucional da reforma tributária e as implicações para a seguridade social

Tendências da seguridade social brasileira

Desde que a produção capitalista constituiu-se como modo de produção dominante que suas leis imanentes da lógica de funcionamento, sustentadas pelos imperativos da acumulação e expansão, "destroem" qualquer barreira que se interpõe no seu caminho e, por conseguinte, promovem a busca incessante por elevadas taxas de lucro. No entanto, dado a ativação de alguns dos limites absolutos do capital, a exemplo do desemprego estrutural e da esgotabilidade de recursos naturais a nível global, torna-se cada vez mais patente a dificuldade de recuperação de uma "sobrevida" do sistema do capital (MÉSZÁROS, 2002). Isso não implica, necessariamente, na implosão do capital, mas exprime os seus limites históricos.

Nesse sentido, desde meados da década de 1970, - dado o esgotamento da alternativa fordista e do modelo de Estado intervencionista keynesiano à crise econômica mundial de 1929/33 - um conjunto de medidas políticas, econômicas e sociais vem sendo implementado para recuperação das taxas de lucratividade da ordem global do capital. Dentre essas medidas destacam-se a privatização, a liberalização e a desregulamentação das finanças, do comércio e dos investimentos, adicionado a recorrência desenfreada de criação de capital fictício. Como analisa Chesnais (1996, p.14), tal cenário caracteriza-se como uma fase peculiar do processo de acumulação do capital, denominada de 'mundialização do capital'.

> A mundialização é o resultado de dois movimentos conjuntos, estreitamente interligados, mas distintos. O primeiro pode ser caracterizado como a mais longa fase ininterrupta do

> capital que o capitalismo conheceu desde 1914. O segundo diz respeito às políticas de liberalização, de privatização, de desregulamentação e de desmantelamento de conquistas sociais e democráticas, que foram aplicadas desde o início da década de 1980, sob o impulso dos governos Thatcher e Reagan.

As operações com o capital financeiro conformam a ponta de lança desse processo de mundialização. O estilo de acumulação nessa fase é dado pelas novas formas de centralização dos gigantescos capitais financeiros (os fundos mútuos e fundos de pensão), cuja função é frutificar no interior da esfera financeira. Há, portanto, uma "hipertrofria da esfera financeira", como referencia o referido autor, ao mencionar o crescimento dessa esfera em ritmos superiores aos índices de crescimento do PIB e do comércio internacional. No entanto, adverte o mesmo que:

> [...] a esfera financeira alimenta-se da riqueza criada pelo investimento e pela mobilização de uma força de trabalho de múltiplos níveis de qualificação e exploração. Ela nada cria por si própria. Representa a própria arena onde se joga um jogo de soma zero: o que ganha dentro do circuito fechado do sistema financeiro, outro perde (CHESNAIS, 1996, p. 309).

Um dos principais mecanismos que nutre esse processo de internacionalização financeira, já identificado por Marx no período de acumulação primitiva do capital, é o serviço da dívida pública. Segundo Chesnais (1996, p. 229), a liberalização das finanças permitiu que os governos procedessem à securitização (titularização) dos ativos da dívida pública, ou seja, financiamento dos déficits orçamentários mediante aplicação de bônus do Tesouro e outros ativos da dívida, nos mercados financeiros.

Mas todo esse processo não teria sido possível sem a intervenção política ativa da "mão pesada" do Estado, seja implementando as "reformas" trabalhista, administrativa e fiscal, seja derrubando todas as barreiras legais ao capital para satisfazer seus apetites insaciáveis de lucro.

Tecidas essas considerações, a seguridade social deve ser compreendida no âmbito destas macrodeterminações, que são definidas numa dimensão mundial, cuja extensão depende da condição de cada país no contexto da reordenação econômica (MOTA, 1995).

Em suas reflexões acerca da seguridade social, que inclusive é uma das maiores contribuições acerca do desvendamento desta temática no debate crítico, Mota (1995, 2001, 2007) vem chamando a atenção que:

> a complexidade das relações sociais, presentes na constituição e intervenção do Estado, indica que o encaminhamento da ação estatal tanto depende das lutas dos trabalhadores, quanto dos modos de absorção de suas reivindicações pelo capital. É no interior deste movimento, dialético e contraditório, que se dá a estruturação dos sistemas de seguridade social nas sociedades capitalistas ocidentais (MOTA, 1995, p. 122).

Assim, a referida autora destaca esta importante questão para compreensão da seguridade social no interior da sociedade de classes e na luta permanente entre o capital e o trabalho, compreendendo a seguridade social como "produto das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos trabalhadores e reconhecidos pelo Estado" (p. 136). E acrescenta que:

> a sua institucionalização depende tanto do nível de socialização da política conquistados pelas classes trabalhadoras como das estratégias do capital na incorporação das demandas do trabalho, configurando-se historicamente como um campo de disputas e negociações na ordem burguesa (MOTA; 2007, p. 136).

No caso brasileiro, a introdução do conceito de seguridade social, como política garantidora de direitos universais, só vai ser inaugurada na Constituição Federal de 1988, sendo um de seus principais avanços, que engloba as áreas de saúde, previdência e assistência social. No campo do financiamento, destaca-se como uma inovação a definição de um orçamento próprio (orçamento da seguridade social) com fontes determinadas advindas do lucro, do faturamento e da folha de salários.

Apesar desse avanço legal, com a significativa ampliação do conceito de seguridade social, com a universalização da saúde, a assistência como direito social e a previdência, o que se deu a partir dos anos 1990, com a implantação da política neoliberal determinada pelo grande capital foi a "expulsão gradual dos trabalhadores assalariados, de melhor poder aquisitivo, para o mercado de serviços, como é o caso da mercantilização da saúde e da previdência privada" (MOTA, 1995, p. 146), ou nas palavras de Granemann (2007, p. 60), "as necessidades de acumulação capitalista encontram espaços de valorização para 'resolver', ainda que momentaneamente sua crise, tem nas contra-reformas do Estado a sua expressão atual". Estas estratégias passam pela privatização das empresas estatais, bem como pela apropriação de espaços até então ocupados pela política social (previdência, educação, saúde, cultura, esportes, habitação etc), convertidos eles mesmos em mercadoria e transmutados em negócios operados pela iniciativa privada.

Este é um contexto de contra-reformas, através de novos processos políticos ao lado do agravamento da crise econômica, através de um movimento do grande capital e da burocracia estatal, que procura negar as conquistas obtidas, alegando a necessidade de adequar o modelo de seguridade social às atuais reformas econômicas do país. (GRANEMANN, 2007, p. 146).

Mota (1995) já chamava a atenção para essa tendência em seus estudos na década de 1990, que vieram a se confirmar a partir de então, reforçando e promovendo um profícuo debate acerca desta temática.

Essas tendências apontam uma clivagem em torno de dois pólos: a privatização e a assistencialização da proteção social brasileira. Assim, afirma Mota (2007, p. 132):

> Arma-se a burguesia de instrumentos para esgarçar a histórica relação entre trabalho e proteção social, visto que a partir de então a tendência é ampliar as ações compensatórias ou de inserção, antes restritas aqueles impossibilitados de prover o seu sustento, ao mesmo tempo, impor novas condicionalidades de acesso aos benefícios sociais e materiais nos casos de afastamento do trabalho por doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário, para não falar da perda do poder aquisitivo das aposentadorias e pensões por velhice, morte, invalidez e tempo de contribuição/idade. No caso da saúde, a despeito de seu estatuto universal, a realidade aponta para dois mecanismos: o de acesso a serviços privados como parte dos benefícios ocupacionais oferecidos pelos empregadores e o da expansão de planos de saúde populares, com oferta precária e restrita a serviços ambulatoriais de baixo custo operacional.

Nessa perspectiva, no interior da reorganização da produção e do Estado capitalista, as políticas sociais ganham outro direcionamento. Nesta condição, a própria crise da sociedade baseada no trabalho assalariado vai impactar nos mecanismos públicos de seguridade social, seja pelas críticas aos modelos universais de direitos e garantias sociais, seja pela crise fiscal do Estado, ou ainda pela ideologia neoliberal que vai indicar o caminho da superação da crise, através da criação de novas características aos programas de proteção social (MOTA, 2001).

Segue-se, então, um intenso processo de "liberalização" da seguridade social, em que a reconstituição do mercado, a competição e o individualismo aparecem como eixos principais para o desenvolvimento das políticas sociais. Por outro lado, as antigas

funções relacionadas ao Estado de Bem-Estar social são bruscamente desregulamentadas, utilizando-se o argumento da competição e do individualismo como forças desagregadoras dos grupos organizados, desativando os espaços de negociações dos interesses coletivos.

Surge uma nova visão hegemônica no cenário nacional e internacional sobre as políticas sociais, determinadas pelos organismos internacionais como: Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Interamericano para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e Fundo Monetário Internacional (FMI), prestigiando uma ideologia de proteção só para os desprotegidos, ou seja, as ações de proteção social advindas de recursos do Estado só focalizarão uma parte da população, logicamente aquela que se encontra abaixo da linha de pobreza, enquanto que o resto da população encontrará sua proteção nas prateleiras e vitrines do livre mercado. Assim, assistimos em toda a década de 1990, a desregulamentação da Constituição Federal de 1988, num ataque à agenda universalista prevista, que mesmo antes de ser implementada já sofreu um desmonte.

Nesse sentido, a "orientação" dos referidos organismos internacionais para as políticas sociais é a focalização das ações, com estímulos a fundos sociais de emergências, à mobilização da solidariedade individual e voluntária, bem como às organizações filantrópicas e organizações não-governamentais. O apelo à solidariedade e à parceria desreponsabiliza o Estado e despolitiza a sociedade, deslocando a questão social da esfera pública, ou seja, da ótica dos direitos e inserindo-a no plano de filantropia.

Nessa perspectiva, observa-se uma tendência de desfinanciamento da proteção social, em proveito do pagamento do refinanciamento da dívida pública, através da obtenção do *superávit* primário, mercantilização/mercadorização dos serviços e, conseqüentemente, redução dos direitos sociais, tardiamente conquistados no Brasil.

O quadro supracitado desvela o grau de desmonte a que vem sendo submetida às políticas sociais no país, através dos cortes nos gastos sociais, com o objetivo de atingir o *superávit* primário que, no ano de 2007, alcançou a cifra dos R$ 101,6 bilhões, segundo o Boletim do Banco Central (2008). Tal processo caracteriza a contra-reforma do Estado brasileiro, materializado no Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE) em meados da década de 1990. Os diagnósticos apresentados por este Plano serviram de base para as propostas de Emenda Constitucional nas áreas administrativa e previdenciária, iniciando o processo de desmonte da previdência social brasileira (BEHRING, 2003).

A PEC nº 233/2008 e os rebatimentos no orçamento da seguridade social

A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº 233/2008, que foi enviada ao Congresso Nacional em fevereiro, altera os dispositivos relativos ao Sistema Tributário Nacional e dá outras providências, trazendo graves conseqüências ao financiamento das políticas sociais no Brasil, particularmente, à seguridade social. Esta PEC tem o objetivo, segundo o governo, de facilitar a desoneração dos investimentos produtivos, desonerar a folha de salários e diminuir o efeito cumulativo da incidência dos diversos tributos nas várias etapas do processo de produção e circulação de bens e serviços. A proposta não modifica a estrutura tributária regressiva do sistema tributário brasileiro.

Há uma preocupação na desoneração da folha de salário como resposta à formalização do emprego, numa clara relação entre flexibilização dos contratos de trabalho e a formalização do emprego. Segundo Dain (op. cit.), o custo do trabalho no Brasil é muito baixo, comparando ao padrão internacional, o que dilui o peso dos encargos sobre a folha, incidente sobre a folha salarial, sem contar nas estratégias utilizadas nas últimas décadas, para alcançar maiores taxas de lucro, que consistem na reestruturação produtiva, através da robótica, terceirização, sub-contratação etc.

Argumento da imprensa burguesa, do governo e dos "especialistas e técnicos" a serviço do capital é que o "peso excessivo" da carga tributária seria responsável pelo elevado custo de contratação da mão-de-obra no Brasil, o que colaboraria para a crescente informalização da economia e para a alta evasão fiscal. Dain (1995, apud SOARES, 2001) contra argumenta que, independente do maior ou menor peso das contribuições sociais sobre a folha de salários, os custos diretos do trabalho são muito baixo no Brasil. São outros os fatores que explicam a informalização da mão-de-obra, como a terceirização e a flexibilização (tão em voga no mundo).

Com base nas análises da ANFIP (2008), da FENAFISCO (2008) e do INESC (2008), destacaremos as propostas da PEC/ 233 concernentes à seguridade social e seus rebatimentos para as políticas que a compõe. A referida proposta altera, substancialmente, a vinculação das fontes de financiamento exclusivas da seguridade social, da educação básica e do trabalho (ANFIP, 2008).

Para a seguridade social, a PEC nº 233 acaba com um de seus princípios – a diversidade das bases de financiamento – "talvez um dos mais importantes princípios constitucionais, absolutamente fundamental para estruturar a seguridade social" (BEHRING; BOSCHETTI; 2006, p. 157). Deixam de existir as contribuições sociais sobre o lucro e o faturamento das empresas, ficando previstas tão somente as contribuições previdenciárias. A partir desta proposta, a seguridade social será financiada pelas contribuições da folha de salários e do concurso de prognósticos e transferências de recursos fiscais, retornando ao que era antes da CF/88. Os três tributos mais relevantes que financiam a seguridade social serão extintos e haverá desoneração da cota patronal sobre a folha de pagamento. Para a seguridade social passa a ser destinado 38,8% do produto de arrecadação dos impostos sobre renda (IR), produtos industrializados (IPI) e operações com bens e prestações de serviços (IVA-F). Este percentual é equivalente à proposição entre a arrecadação da COFINS e da CSLL e à receita arrecadada, em 2006, com IR, COFINS, PIS, CIDE, salário educação e IPI.

O Governo Federal vem, a partir dos anos 1990, desmontando as conquistas adquiridas na CF/88, principalmente as pertinentes à seguridade social. Com esta proposta há um sepultamento de um dos principais princípio da seguridade social que é a diversidade da base de financiamento, inscrita na CF/88, no artigo 195, que ampliou o financiamento das políticas que a compõe, para além da folha de salários, incluindo a receita, o faturamento e o lucro.

A CF/88 preconiza que a seguridade social seja financiada pelo orçamento da seguridade social, composto pelas contribuições sociais e pelo orçamento fiscal, composto pelos impostos. Mas, a situação real é bem diferente. O único recurso fiscal que o governo repassa para o orçamento da seguridade é referente aos Encargos Previdenciários da União, benefícios de legislação especial (EPU), que significou, em 2007, apenas R$ 1, 613 bilhão (ANFIP, 2008).

Se com um orçamento exclusivo, com fontes diversificadas e definidas de recursos, o Governo Federal vem desvinculando os seus recursos, a partir da reforma a seguridade vai concorrer com todos os demais gastos do governo referentes ao orçamento fiscal. A carência de recursos para todas as despesas do orçamento fiscal poderá ser creditada às transferências realizadas para cobrir os déficits da previdência social ou o aumento de gastos com saúde e assistência social. A seguridade social vai concorrer com as demais políticas no orçamento e, como sabemos que esta não é prioridade nos governos neoliberais, as perdas serão maiores ainda.

Outro aspecto a destacar neste processo de desfinanciamento da seguridade social é que a referida PEC da Reforma Tributária mantém a Desvinculação de Recursos da União (DRU), com a mesma alíquota de 20%. Para se ter uma idéia do que vem significando esta desvinculação de recursos do orçamento da seguridade social, de 2004 a 2007, foram subtraídos do orçamento da seguridade social R$ 132 bilhões para composição de *superávit* fiscal. A seguridade social representa um tipo de Estado e de políticas

sociais que tem dificuldade para sobreviver no mundo atual, com a economia dominada pela lógica financeira, implicando numa clara subordinação da política social à política econômica.

A DRU resulta da política de ajuste fiscal, implantada desde os anos 1990, no Brasil, e mantida, com metas mais ousadas, no Governo Lula, na entrada no novo milênio, tendo como finalidade minimizar os impactos dos gastos com a dívida pública, fruto da política das altas taxas de juros, após o plano real. É justamente nos recursos da seguridade social que a DRU encontra a sua principal fonte.

Comparando os recursos do orçamento da seguridade social desviados através da DRU, no ano de 2006, constata-se que representou 33% a mais que os recursos executados no MDS e 63% a mais que os recursos executados no FNAS, no mesmo ano, numa clara demonstração de uma política de transferência de renda as camadas rentistas, em detrimento das garantias dos direitos sociais (DAVI et al, 2008).

Nessa perspectiva, o crescimento da dívida pública juntamente com a expressividade do mercado acionário das empresas conformam os "braços" de sustentação do atual estágio da acumulação capitalista, em sua *performance* de "mundialização financeira". Entretanto, alerta Iamamoto (2008, p. 109), embora este quadro caracterize o atual modo de estruturação da economia mundial, não significa afirmar que haja uma independência ou anulação de sua base produtiva, uma vez que "a esfera das finanças, por si mesma, nada cria, apenas nutre-se da riqueza criada pelo investimento capitalista produtivo e pela mobilização da força de trabalho".

Considerações Finais

Portanto, do ponto de vista da composição do fundo público, temos uma carga tributária com estruturas regressivas, concentradora de renda e riqueza deixando alguns segmentos sociais praticamente imunes à tributação. E, no destino desses recursos,

vem sendo priorizado a transferência de renda aos setores rentistas, com muito prejuízo para os trabalhadores, e programas focalizados para os pobres.

Nessa perspectiva, a atual proposta de "reforma" tributária que poderia ser sinônimo de uma possível justiça tributária, ao tempo que desvela a supremacia dos imperativos do capital sobre as necessidades sociais básicas, reflete a crise estrutural do sistema do capital que não possibilita nenhuma expansão de gastos sociais, ao contrário, impõe um duro golpe ao orçamento da seguridade social e coloca em risco a sua existência, tal como foi aprovada na CF/88, priorizando aqueles gastos recomendados pelos organismos internacionais para programas focalizados e compensatórios. A sangria de recursos públicos, oriundos do próprio "sangue" dos trabalhadores, para saciar o apetite parasitário dos rentistas, via dívida pública, tanto coloca em xeque uma concepção democrática de fundo público quanto reafirma um dos axiomas marxistas da tendência do Estado para executar os interesses particularistas da classe social dominante.

Referências

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da Seguridade Social em 2007.** Brasília: ANFIP, 2007. Disponível em: <www.anfip.org.br>. Acesso em 12 jun 2008.

ANFIP. Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil. **Análise da Seguridade Social em 2006.** Brasília: ANFIP, 2007. Disponível em: <www.anfip.org.br>. Acesso em 30 jun 2007.

ANTUNES, D. J. N.; GIMINEZ, D. M. Transferência de renda aos ricos e aos pobres no Brasil: notas sobre os juros altos e o bolsa-família. **Revista Carta Social e do Trabalho (CESIT),** n. 05, set./abr. 2006/2007.

BEHRING, E. R. A cumulação capitalista, fundo público e política social. In: BOSCHETTI. I. et al. (Orgs.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006. (Col. Biblioteca Básica do Serviço Social, v.II)

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, v. 26, n. 87, p. 25-57, set. 2006.

BRAMI-CELENTANO, A.; CARVALHO, C. E. A reforma tributária do governo Lula: continuísmo e injustiça fiscal. **Revista Katalyses**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 44-53, jan./jun. 2007.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2002.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

DAIN, S. A economia política da reforma tributária. **Revista Econômica,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 293-318, dez. 2003.

DAVI et al. Estrutura Tributária e Política Social: considerações sobre o financiamento da seguridade social, 2008, São Luiz – MA. **Anais...** XI ENPESS, São Luiz –MA, dezembro de 2008.

GENTIL, D. L. A falsa crise do Sistema de Seguridade Social no Brasil: uma análise financeira do período 1990-2005. Disponível em: <www.fundacaoanfip.org.br> Acesso em: 16 abr. 2007

GRANENAM, S. Políticas sociais e financerização dos direitos do trabalho. **Revista em Pauta,** Rio de Janeiro, nº 20, p. 57-69, 2007.

GUIMARÃES NETO, L. Finanças dos municípios nos anos 90: uma análise comparativa de Pernambuco e São Paulo. In: MOUTINHO, L. M. G.; SOUZA, A.V. **Os desafios das políticas sociais diante da crescente importância do poder local.** João Pessoa: FAPESQ/PB, 1998.

IAMAMOTO, M.V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, n. 03, 2001.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

MOTA, A. E. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, nº 20, p. 127-139, 2007.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, A. E.; MARANHÃO, C. H.; SITCOVSKY, M. O Sistema Único de Assistência Social e a Formação Profissional. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 87, p.163-177, set. 2006.

OLIVEIRA, C. A. B. de. Ajuste Fiscal e Política Social. Revista **Carta Social e do Trabalho**, nº. 02, set-dez. 2005.

OLIVEIRA, F. **Os direitos do anti-valor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1985.

PEREIRA, J. D. **O (des) financiamento da política de assistência social no município de Campina Grande – PB (1997 – 2002)**: a incompatibilidade entre os preceitos legais e a agenda política de ajustes. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco, Pós-Graduação em Serviço Social, 2004.

POCHMANN, M. Palestra de Abertura. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL REFORMA TRIBUTÁRIA E FEDERALISMO FISCAL, 2008, Brasília. **Anais eletrônicos...** Brasília, 2008. Disponível em <www4.planalto.gov.br> Acesso em 24 ago.. 2008.

SALVADOR, E. Reforma Tributária desmonta o financiamento das políticas sociais. **Nota Técnica,** Brasília, n. 140, p. 1-15, abr. 2008.

SICSÚ, J. (Org.) **Arrecadação de onde vem? E gastos públicos para onde vão?** São Paulo : Boitempo, 2007.

A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização

Claudia Martiniano
Jordeana Davi
Geraldo Medeiros Júnior
Isabel Cristina Araújo Brandão
Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva

Introdução

Este artigo tem como objetivo contribuir para uma reflexão sobre o financiamento da política de saúde a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e das Leis 8.080 e 8.142, que garantem a saúde como direito universal e dever do Estado. Pretende resgatar as propostas acerca da vinculação de recursos para saúde no Brasil, a partir do paradigma da universalização. Tal reflexão se faz mediante a tentativa recorrente da equipe econômica em reduzir os gastos sociais em nome da política econômica neoliberal, que promove o ajuste fiscal e as manobras para a não vinculação de recursos para

as políticas sociais, concomitantemente à criação e manutenção da Desvinculação de Recursos da União (DRU), políticas determinadas pelo grande capital.

Essa temática vem ganhando espaço nas discussões sobre a Política de Saúde, se apresentando como debate necessário à garantia da saúde como direito universal. No campo da produção científica no Brasil, no âmbito da seguridade social, destacam-se as contribuições de Mota (1995; 2004; 2007), Soares (2001), Boschetti (2003; 2004; 2006), Behring (2003; 2006), Behring e Boschetti (2008), entre outros. Especificamente no setor saúde, são relevantes os estudos de Carvalho (2002), Dain (2007), Marques; Mendes (2005), entre outros. Tais contribuições apontam que as tendências do orçamento da seguridade social, nela contida a política de saúde, são profundamente determinadas pela política econômica de orientação neoliberal, no capitalismo contemporâneo.

A política de ajuste fiscal promovida pelo Governo Federal, nestes últimos anos, vem rebatendo drasticamente nas políticas sociais. Especificamente nas políticas de seguridade social (previdência, saúde e assistência social) as medidas adotadas vêm sendo mais nefastas, através de contrarreformas, uma vez que estas políticas vêm sendo alvos de críticas e responsabilizadas pelos déficits públicos do Estado brasileiro, por garantir direitos incondicionais e não-contratuais (saúde e assistência) junto com o contratual (previdência social) (CRUZ; DAVI; DANTAS, 2007). Um dos resultados deste ajuste é a restrição ou desmonte dos direitos sociais e desfinanciamento da seguridade social. Neste último tópico situaremos nossa análise.

Considerando a permanência no governo Lula da política neoliberal dos governos anteriores, mantendo inalterada a política econômica instalada desde 1990, tem prevalecido o ajuste fiscal com amplas e claras manobras do atual governo (BEHRING; SALVADOR, 2006).

A (não) implementação da Seguridade Social e o financiamento da política de saúde

A inserção da seguridade social no sistema de proteção social brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) significou a garantia, ao conjunto da população brasileira, de direitos relativos à saúde, assistência social e previdência social. Os princípios que guiaram estas modificações, segundo Marques; Mendes (2005, p. 159, grifo nosso) foram:

> [...] ampliação da cobertura para segmentos até então desprotegidos; eliminação das diferenças de tratamento entre trabalhadores rurais e urbanos; implementação da gestão descentralizada nas políticas de saúde e assistência; participação dos setores interessados no processo decisório e no controle da execução das políticas; **definição de mecanismos de financiamento mais seguros e estáveis; e garantia de um volume suficiente de recursos para a implementação das políticas contempladas pela proteção social, entre outros objetivos.**

Embora a estrutura da seguridade tenha a orientação daquelas que conformam o Estado de Bem-Estar nos países desenvolvidos, na particularidades brasileira, marcadamente no que diz respeito à desigualdade social e fragilidade do processo de publicização do Estado, a adoção do conceito de seguridade social, segundo Mota (2004), não alcançou êxito na universalização de benefícios sociais.

Além disso, para a autora, esta significativa ampliação da seguridade tem um custo que é institucionalizar tanto a inclusão dos trabalhadores anteriormente excluídos do sistema de proteção social por meio de programas assistenciais, quanto a expulsão dos

trabalhadores assalariados, com maior poder aquisitivo, para o mercado de serviços, a exemplo da mercantilização da saúde e da previdência. E ainda afirma que

> [...] esse processo foi um dos determinantes das tendências atuais da seguridade social brasileira, criando condições objetivas e subjetivas para uma fragmentação das necessidades e dos interesses mediatos e imediatos dos trabalhadores no que diz respeito aos mecanismos de proteção social (MOTA, 2004, p. 8).

A CF/88 determinou, ainda, a formulação de um orçamento próprio para a seguridade social, com recursos específicos, diferenciados daqueles que financiam as demais políticas de governo, que é denominado de Orçamento Fiscal. O Orçamento da Seguridade Social (OSS) é formado por contribuições sociais e deveria responder pelo financiamento exclusivo das políticas componentes da seguridade. Já o Orçamento Fiscal é formado por impostos e responde pelo financiamento do conjunto de responsabilidades do governo, a exemplo de gastos com pessoal, pagamentos de encargos da dívida pública, educação, habitação, agricultura etc.

Na composição do financiamento do OSS, sem vinculação de receitas específicas para cada política integrante da Seguridade Social, a CF/88, no seu artigo 195, determinou que

> a seguridade social será financiada por toda a sociedade [...] mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das seguintes contribuições sociais:
>
> I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada, na forma da lei, incidentes sobre:
>
> a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título,

> à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
>
> b) a receita ou o faturamento;
>
> c) o lucro;
>
> II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre a aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social, de que trata o art. 201;
>
> III - sobre a receita de concurso de prognósticos;
>
> IV - do importador de bens e serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, convém destacar que, apesar da conquista anunciada pela implantação da seguridade social, caracterizada pelo formato social-democrata *pari passu* à reforma do Estado brasileiro, os desdobramentos da política social vêm acompanhando, desde os anos 1990 até os dias atuais, uma onda de redimensionamento do Estado, de clara tendência reducionista de suas funções, orientadas para o mercado (BEHRING; BOSCHETTI, 2008). Portanto, a compreensão de como vem sendo implementada a seguridade social é fundamental a qualquer análise de suas políticas integrantes, neste caso em exame, a de saúde.

A seguridade social compreendida como um espaço integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a garantir os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, não vem sendo implementada como previsto. Ao contrário, do ponto de vista gerencial, as políticas concernentes a esta vêm sendo executadas de forma desarticulada, fragmentada, cujas legislações específicas traçaram rumos diferentes para as três políticas. A nosso ver, a desconstrução da ideia de seguridade social fragiliza o conjunto de direitos sociais, favorecendo a imposição

de reformas sobre cada uma das políticas, implicando inclusive em disputas entre si. Os rebatimentos na assistência e previdência social não serão aqui discutidos.

No tocante ao OSS, convém destacar que a Constituição Federal de 1988, no Art. 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), definiu que "até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde." Este percentual valia para o ano de 1989, cuja Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) já estava elaborada. Nos anos seguintes, ou seja, de 1990 a 1993 ficou mantido o percentual de 30% nas respectivas leis orçamentárias federais, mas, ainda que constasse, esse percentual foi descumprido. A situação piorou a partir de 1994, quando esse percentual deixou de ser citado na LDO. Segundo Carvalho (2007), ainda que a legislação seja mandatária, o que ocorreu foi a não implementação do orçamento da seguridade. Sendo assim, este percentual não foi cumprido e nos anos pós-Constituição chegou no máximo a 20%, com destaque para o pior percentual, em 1992, no governo Collor de Mello, de 14%.

Além disso, o autor ressalta que em 1993, arbitrariamente, o Ministro da Previdência Social, deixa de repassar para a saúde cerca de 250 milhões de reais provenientes da Contribuição sobre a Folha de Salários de Trabalhadores. Tal situação obrigou o Ministério da Saúde a pedir empréstimos ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Como observam Marques e Mendes (2005), esta lei foi sistematicamente descumprida em todos os governos que se seguiram à Constituição de 1988, o que se configura no primeiro entrave do financiamento da saúde, já que o investimento em saúde anualmente vem sendo inferior ao montante previsto do OSS. A destinação anual para a saúde do OSS pode ser observada na tabela 1 abaixo.

Tabela 1 - Recursos liquidados da Seguridade Social no Fundo Nacional de Saúde (FNS) (Em bilhões)

Anos	Total Pago Seguridade Social (A)	FNS (B)	%B/A
2000	130.885.365.080	18.464.660.141	14,10
2001	151.445.666.178	20.657.322.442	13,64
2002	175.471.998.237	23.166.845.267	13,20
2003	197.948.411.715	24.899.631.046	12,57
2004	227.145.544.225	30.093.752.121	13,24
2005	259.624.334.260	33.195.811.773	12,78
2006	303.028.000.000	40.746.200.000	13,44
2007	347.286.000.000	45.797.200.000	13,18

FONTE: Boschetti e Salvador (2006) e ANFIP (2007).

Os dados acima revelam que, no período analisado houve progressiva redução da participação do FNS no OSS. A partir de 2000, observa-se uma queda dos recursos, passando de 14,1% para 12,78%, em 2005. Em 2006, observa-se que houve significativo aumento, que pode ser atribuído ao deslocamento das despesas do Programa Fome Zero (Bolsa Família), que eram indevidamente inseridas na programação da saúde, registrando, por fim, uma queda em 2007. Analisando o primeiro mandato do governo Lula a média de destinação foi de 13% e embora tenha se observado aumento nominal dos recursos, não acompanhou o crescimento do OSS, prevalecendo a estagnação na destinação dos recursos para a saúde enquanto observa um crescimento para a assistência social, devido, sobretudo ao pagamento de programas focalizados e seletivos. A tese central de Mota (2007, p. 129), ao analisar a tendência da seguridade social, é de que:

> As políticas que integram a seguridade social brasileira, longe de formarem um amplo e articulado mecanismo de proteção, adquiriram a perversa posição de conformarem uma unidade

> contraditória: enquanto a mercantilização da saúde e da previdência precariza o acesso aos benefícios e serviços, a assistência social se amplia, transformando-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social.

A saúde, apesar de sua universalização legal/formal, combina dois mecanismos perversos: o do acesso a serviços privados como parte dos benefícios ocupacionais oferecidos pelos empregadores e o da expansão de planos de saúde populares, com oferta precária e limitada a serviços ambulatoriais de baixo custo operacional (MOTA, 2007).

Um dos princípios da seguridade é a diversidade de fontes de financiamento[1], o que implica dizer que as contribuições sociais passam a incidir não somente sobre a folha de salários, mas também sobre o faturamento e o lucro, tornando o financiamento mais redistributivo e progressivo. Entretanto, o que se observa ao longo dos anos é a especialização das fontes ao se destinar prioritariamente os recursos do FINSOCIAL para a Saúde, as contribuições sobre o lucro para Assistência Social e as contribuições incidentes sobre a folha para a Previdência. Segundo Soares (2001) esta progressiva especialização das fontes implica na fragmentação das políticas componentes da Seguridade, sujeitanda-os ao ritmo cíclico das fontes que as financiam, situação incompatível com a concepção constitucional de direitos sociais universais.

1 Para dar conta da inclusão de novos direitos como saúde universal, benefícios assistenciais não contributivos para idosos e pessoas com deficiências e expansão da Previdência Rural, as bases de financiamento forma ampliadas e diversificadas. Desta forma, a seguridade social foi incluída no orçamento fiscal da união, além da criação da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição sobre Movimentações Financeiras (CPMF), sendo esta última destinada ao uso exclusivo na saúde.

Além disso, Boschetti e Behring (2003) ressaltam que esta diversificação obriga os governos Federal, estaduais e municipais a reservar recurso do orçamento fiscal ao orçamento da seguridade. Tomados em análise, os recursos do orçamento fiscal destinados à seguridade social são ínfimos, representando baixa participação no OSS correspondendo a 0,37% em 2005, 0,40% em 2006 e 0,46%, em 2007 (ANFIP, 2007). Esta alocação de recursos do orçamento fiscal para o OSS é proveniente dos encargos previdenciários da União (EPU), que correspondem aos benefícios derivados de legislação especial. São benefícios pagos pelo INSS, porém, designados por lei específica, em casos de indenizações ou reconhecimento de mérito relevante, a exemplo de anistiados, os atingidos pelo Césio 137 em Goiânia, vítimas da Talidomida do acidente da base espacial de Alcântara e da Hemodiálise de Caruaru, entre outros.

Convêm mencionar que, na fuga de recursos da seguridade, contribui, ainda, a renúncia previdenciária[2] concedida a micro e pequenas empresas, através do SIMPLES; a entidades de saúde, assistência social e educação detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social, da CPMF e da Exportação da Produção Rural. A tabela 2, abaixo, contém os dados da renúncia previdenciária de 2000 a 2008.

2 A renúncia fiscal pode ocorrer sob a forma de isenção, dedução de despesas dos rendimentos tributáveis, redução de alíquotas ou mesmo incentivos fiscais.

TABELA 2 - Estimativa de renúncias das receitas previdenciárias, segundo as programações orçamentárias – 2000 a 2008 (Em milhões de reais)

Segmento	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
SIMPLES	2.546,8	3.705,3	4.036,2	4.639,8	5.605,2	6.467,8	7.104,5	4.939,7	8.152,0
Entidades Filantrópicas	1.814,6	2.188,7	2.517,4	2.937,5	3.393,0	3.915,2	4.300,6	4.751,3	4.797,2
Exportação da Produção Rural – EC 33	0,0	0,0	1.340,1	1.777,6	1.860,6	2.146,9	2.358,3	1.970,1	2.293,1
CPMF	140,0	180,5	208,3	221,0	224,9	259,5	285,0	476,8	578,0
Total das Renúncias	4.501,8	6.074,6	8.102,0	9.575,9	11.083,7	12.789,3	14.048,4	12.137,9	15.820,3

FONTE: ANFIP (2007 e 2008).

Em 2008, segundo a ANFIP, estimou-se que a renúncia orçamentária chegou a R$ 15,8 bilhões. Tal valor corresponde a praticamente um terço do orçamento total para a saúde. Entre os beneficiados com a isenção, estão as entidades filantrópicas, muitas em essência atuando como autênticas empresas privadas, inclusive com lucros significativos. Deve-se aqui também considerar o componente regressivo da isenção, o seu alto volume e a necessidade de mais recursos para a área de saúde que, incontestavelmente, conta com necessidades potenciais difíceis de serem atendidas.

Embora a opção do Governo em deixar de arrecadar, gerando perda de receita, possa ser compreendida por alguns autores como despesa, Andreazzi; Ocké-Reis (2007), ao analisar e quantificar a renúncia fiscal do gasto das famílias e empresas com assistência à saúde no Imposto de Renda Retido na Fonte, verificaram que, somente em 2005, a renúncia fiscal foi de 2,8 milhões de reais. Para estes autores,

> [...] é bastante controversa a polêmica acerca da alocação desses recursos do ponto de vista da eqüidade, num quadro de custos crescentes, de um lado, e restrição fiscal de outro, na área do financiamento da atenção à saúde (Andreazzi; Ocké-Reis, 2007, p. 524).

Em nome do mercado – mais restrições aos gastos sociais a partir da década de 1990

No início dos anos de 1990, a estratégia governamental para as políticas sociais é marcada pela formulação de nova agenda de reformas seguindo o conjunto de medidas supostamente consensuais para os países subdesenvolvidos, chamado de Consenso de Washington, e que resumia as propostas de organismos internacionais a exemplo do FMI, Banco Mundial e BIRD. O objetivo principal desta reforma é a revisão constitucional, no sentido de obstruir a consumação dos novos direitos garantidos naquela Carta, sobretudo durante o processamento da legislação complementar (CRUZ; DAVI; DANTAS, 2007). Assim, no Brasil, passa-se a adotar políticas de contenção do gasto público, com cortes lineares no gasto social.

A contra-reforma do Estado foi implantada num contexto político e econômico de ajuste fiscal, com implicações político-ideológicas que demarcam as atuais tendências de retorno à filantropia para o enfrentamento da questão social, sob a égide do ideário neoliberal, demarcando a tensão entre o econômico e o social, elementos constitutivos das sociedades capitalistas.

O setor saúde é marcado por novo declínio no financiamento público. Neste sentido, muitas propostas surgiram para o financiamento do setor, que segundo Soares (2001), foram e continuam sendo as mais controversas e polêmicas, como se destaca a seguir.

O que havia em comum em todas as propostas de revisão do financiamento do SUS era o aumento do volume de recursos e a garantia de sua estabilidade, sendo indicadas estratégias de especialização das fontes ou vinculação das fontes dentro do Orçamento da Seguridade Social.

Nesse sentido, duas Propostas de Emendas Constitucionais chegaram ao Congresso Nacional em 1999. Uma por iniciativa do Deputado Chafick Farah (PPR/SP) que propôs que a União destinasse à saúde 18% de toda sua receita de impostos e contribuições. A outra propositura, de autoria dos Deputados Waldir Pires (PT/BA) e Eduardo Jorge (PT/SP), reitera a destinação dos 30% do OSS para o setor saúde, e ainda 10% da receita de impostos do Tesouro Nacional, o que deveria ser seguido também pelas demais esferas de governo. Ambas as propostas são modestas em relação ao comprometimento do PIB, já que os recursos advindos da primeira equivalem a 1,8% e a segunda a 2,66% do PIB.

Dois segmentos da saúde vêm sendo propositivos e militantes na defesa do SUS e apresentaram proposta ao financiamento. O CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), com preocupação centrada no processo de descentralização do SUS é solidário à proposta do Deputado Eduardo Jorge, além disso, defenderem a não especialização das fontes. Observava-se que as demais propostas giram em torno da operacionalização do repasse desses recursos aos municípios.

O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), em sua proposta, mantém-se fiel aos princípios constitucionais e da legislação complementar, propondo a destinação de 30% do OSS para saúde e 10% das demais esferas de governo. Indica uma reforma tributária e fiscal, sugerindo estratégias para a progressividade do sistema. De outro lado, rejeita as isenções às empresas que prestam assistência de saúde aos seus empregados do pagamento de contribuições sociais e/ou do imposto de renda, exigindo que empresas privadas reembolsem o SUS no caso de gasto de clientes destas empresas. Outra exigência do CONASS é que o Tesouro Nacional assuma com recursos fiscais a folha dos servidores ativos dos Ministérios da Saúde, da ex-Previdência e Trabalho e Bem Estar Social, além dos Encargos Previdenciários da União, antes pagos com o orçamento da seguridade social (SOARES, 2001).

Favaret (2003) alerta que a simples vinculação não significa, por si só, a redução de desigualdades e tampouco a solução para problemas relacionados à equidade, em especial na saúde, que depende de uma complexa organização da rede e, também, de uma rede de complexas organizações, que envolve sujeitos de diferentes interesses. A vinculação apenas garante que os estados e os municípios se coloquem em um mesmo ponto de partida no que tange ao gasto com saúde e, com isso, tenham a possibilidade de ter maior autonomia na forma de executar o gasto, definindo seus modelos assistenciais próprios.

Soares (2001) observa ainda que nenhuma das propostas apresentadas parece garantir a suficiência de recursos, uma vez que suas fontes de financiamento podem sofrer modificações ao sabor de fatores como, por exemplo, a reforma tributária e o crescimento econômico. As duas propostas de emendas apresentam problemas à forma como estão postas, seja por responsabilizar a União pelo financiamento da saúde, desconsiderando as outras esferas de governo, como no caso da proposta de Chafick Farah, seja por que a proposta de Eduardo Jorge e Waldir Pires fixam percentual das contribuições sociais antes de uma definição do próprio OSS. Além disso, foram feitas alterações fundamentais pelas autoridades econômicas do governo, que conseguiram deturpar o conteúdo buscado (CARVALHO, 2008), cuja redação no momento da aprovação será discutida no tópico seguinte.

Todas estas propostas são elaboradas em meio a um contexto de ajuste fiscal. Em 1994, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, no contexto da contrarreforma, é criado o Fundo Social de Emergência (FSE), sob a égide do Plano de Estabilização Econômica, que nem de longe se configura um Fundo Social. Ao contrário, para Soares (2001), constitui-se na verdade a primeira estratégia de liberdade alocativa dos gastos públicos no interior do orçamento, eliminando a vinculação de receitas com claros objetivos de estabilização e zeragem do déficit público.

O FSE vigorou nos anos de 1994 e 1995, sendo posteriormente renomeado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), permanecendo em vigor de 1996 a 1999, quando foi substituído pela Desvinculação de Receitas da União (DRU), com prazo de vigência para término em 2007, sendo prorrogada até 2011. Esta estratégia permite que 20% do orçamento do governo federal fique disponível livremente para uso no pagamento do serviço das dívidas externa e interna, numa clara opção pelo saneamento da política econômica em detrimento das políticas sociais.

Embora tenha amparo legal, a DRU caminha na contramão do crescimento da economia, uma vez que retira recursos da sociedade com a finalidade de obter o superávit primário e em seguida transferi-los para o mercado. Segundo a Associação Nacional dos Auditores Fiscais de Receita Federal do Brasil (ANFIP, 2008), a seguridade tem bilhões de recursos retirados da destinação estabelecida na Constituição que são utilizados no pagamento dos juros da dívida pública federal.

Segundo dados da ANFIP, os desvios da receita de contribuições sociais por meio da DRU observado no período 2002 a 2006 foram em torno de R$ 112 bilhões que deveriam ser destinados às ações da Previdência, Saúde e Assistência Social, no entanto, foram desviados com o propósito de facilitar a produção de superávit primário (ANFIP, 2007). Tal situação leva Boschetti; Salvador (2006, p. 50) a afirmarem que:

> Por meio da Desvinculação de Receitas da União (DRU) ocorre uma poderosa e perversa *alquimia* que transforma os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do *superávit* primário e, por conseqüência, a sua utilização em pagamentos de juros da dívida.

Logo, Marques; Mendes (2005) afirmam ser falacioso o discurso mobilizador do governo da existência de déficit na Previdência, haja vista que se não houvesse a "fuga" de recursos pela DRU, teríamos superávit do orçamento da Seguridade Social de R$ 26,64 bilhões, em 2000; 31,46 bilhões, em 2001 e 32,96, em 2002. Somente em 2006, o resultado positivo da Seguridade Social foi em torno de R$ 14 bilhões, mesmo após a retirada da DRU. Em 2007 foram despendidos cerca de R$ 160 bilhões com juros da dívida, valor correspondente a 3,5 vezes o gasto do Ministério da Saúde (MS) em ações e serviços públicos de saúde, que foi de R$ 45 bilhões.

Como uma tentativa de destinar mais recursos para a saúde, em 1996, foi aprovada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), e implantada pelo Ministro da Saúde, à época Adib Jatene, em 1997, cujo objetivo era superar a carência de recursos federais para a saúde que, com o passar do tempo, assumiu o papel de fonte substitutiva, passando por um processo de redistribuição; o que antes era exclusivo para a saúde, passou a ser partilhada com a Previdência Social, em 1999, e com o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, em 2001.

Dain (2007) chama a atenção para o fato de que a CPMF não gerou o esperado incremento de recursos para a saúde à medida que foi acompanhada pela substituição das fontes reduzindo a importância da Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e da COFINS na composição do orçamento do Ministério da Saúde. Ressalta-se que, em 1999, a CPMF deixou de ser fonte de financiamento exclusiva da saúde, passando a compor o financiamento das despesas previdenciárias e, dois anos mais tarde, passa a compor também o Fundo de Combate à Pobreza (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

As duas instituições que vêm realizando análises sobre a estrutura orçamentária da Seguridade Social, a Associação Nacional dos Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), apesar de utilizarem

metodologias diferenciadas de análise, afirmam que a seguridade social é superavitária, sendo possível não somente cobrir as despesas das três políticas, mas, sobretudo, ampliá-las, sendo a DRU e sua destinação ao superávit primário o seu principal impeditivo.

Em busca da legalidade da vinculação de recursos para saúde – percurso da EC Nº. 29

Durante alguns anos, a discussão em torno do financiamento da saúde foi crescendo, sem contudo chegar ao plenário no Congresso, pois não havia certeza de contar com sua aprovação (CARVALHO, 2008). Somente após seis anos, desde a apresentação da PEC Nº. 169 na Câmara de Deputados, pelos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, em 1993, e sua aglutinação com a PEC Nº. 86, de autoria do Deputado Carlos Mosconi, em 1995, é aprovada a Emenda Constitucional Nº. 29 (EC Nº. 29), em 13/09/2000, que vincula recursos para a saúde nas três esferas de governo, de forma progressiva até o ano de 2004 e estabelece percentuais mínimos de participação das receitas dos estados e dos municípios em 7%, a partir do ano de sua implantação. No caso dos estados e municípios, a destinação deveria crescer anualmente até atingir de 12 e 15 %, respectivamente, do produto da arrecadação dos impostos e transferências constitucionais. No caso da União, o orçamento do Ministério da Saúde do ano de 2001 a 2004, seria apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Dessa forma, a EC Nº. 29 representa uma importante conquista de setores da sociedade civil para consolidação do SUS, uma vez que estabelece a vinculação de recursos nas esferas estadual e municipal de governo para o financiamento estável do SUS, além de prever sanções no caso de descumprimento dos limites mínimos previstos na emenda.

A regulamentação do novo texto constitucional deveria ser feita através de Lei complementar, o que resultou em um longo processo de tramitação. Sob a responsabilidade do Poder Legislativo, as negociações para a elaboração da Lei foram conduzidas, desde 2001, pelo próprio Ministério da Saúde, que tem como principal interlocutor o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta luta também foi encampada por outros órgãos, com destaque para os conselhos de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os conselhos municipais e estaduais de saúde, a Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado e a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (ATRICON) (FAVARET, 2003).

Nessa direção, a implantação da Emenda Constitucional Nº. 29 sofreu diferentes interpretações pela indefinição do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, e por não especificar as fontes de receitas federais e a base de cálculo (BRASIL, 2005). A falta da regulamentação do texto da emenda vem permitindo que gestores não a cumpram ou que, para atingir os percentuais obrigatórios, atribuam ao setor gastos que não se relacionam, necessariamente, aos serviços e às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A luta do SUS por recursos permanece incessante mesmo após a eleição do governo Lula. Segundo Marques; Mendes (2007) mesmo reproduzindo a agenda da saúde em seu "Programa de Governo 2002", o governo Lula, no empenho de produzir superávit primário, fez várias tentativas de redução de recursos para o orçamento da saúde pública.

No primeiro mandato, representantes do governo indicavam a aplicação de mecanismos como a DRU para estados e municípios, o que implicaria redução de recursos para a saúde nestas esferas de governo. Esta proposta só foi retirada mediante pressão contrária manifestada. Ainda em 2003, o governo Lula demonstra a intenção de flexibilizar os recursos vinculados (educação e saúde) sob alegação de que tal flexibilização poderia assegurar o crescimento do país.

Para ter uma idéia, em 2004 e 2005, respectivamente foi retirado do orçamento do Ministério da Saúde um percentual de 2,70% e 6,26% que foram gastos com o programa de Transferência de Renda com Condicionalidades, o Bolsa Família, executado pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Em 2005, o Bolsa Família ocupou o quarto lugar na participação do Fundo Nacional de Saúde (FNS), recebendo mais prioridade que programas tradicionais do SUS, a exemplo da Vigilância Epidemiológica e Ambiental (2,31%), Vigilância, Prevenção e Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (2,16%) e Atenção à Saúde da Mulher (0, 001%) (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

No sentido de equacionar tais indefinições, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução Nº. 322/2003, definindo as diretrizes acerca da aplicação da EC Nº. 29 e a base de cálculo para o financiamento e determinando *o que é* e *o que não é* considerado como despesa com ações e serviços públicos de saúde[3]. Para esta Resolução alcançar força de Lei, tramita na

---

3 Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº. 29 consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n° 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I - sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III - sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

§ Único - Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) (BRASIL, 2003, p. 10-11).

Câmara Federal o Projeto de Lei Complementar (PLC) 01/03, de autoria do Deputado Roberto Gouveia (PT-SP), que mantém os mesmos percentuais de aplicação mínima para estados e municípios. Para a União fixa a obrigatoriedade da aplicação mínima de 10% das receitas correntes brutas do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social.

A segunda investida do governo Lula contra a saúde, mesmo depois de o MS ter ratificado a Resolução Nº. 322 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de maio de 2003, que definia ações e serviços públicos em saúde, foi que a equipe econômica tentou fazer "passar" como gasto em saúde o pagamento de juros e a aposentadoria dos funcionários desse Ministério. Se não fosse a mobilização do Fórum da Reforma Sanitária (Abrasco, Cebes, Abres, Rede Unida e Ampasa), do CNS e da Frente Parlamentar da Saúde (FPS), essas tentativas, muito provavelmente, teriam ido a termo.

A resistência do Governo, sobretudo dos Ministérios da área econômica, para aprovação deste projeto, deve-se ao fato do mesmo contrariar as recomendações neoliberais do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial (BM), que orientam a desvinculação de todos os recursos do orçamento para que fiquem liberados para a amortização dos juros da dívida e outras despesas. Como afirma Conceição Rezende (2008, p. 8):

> Enquanto o Governo prioriza os Bancos Multilaterais, a globalização e o pagamento da dívida externa em detrimento do povo brasileiro, a EC 29 é o que temos por causa da nossa luta! A sensação de regulamentá-la (de nossa parte) é porque gastamos tempo e munição de guerra. Apenas para vencer uma rixa... ou, se preferir, uma rusga... pois são públicas e notórias as necessidades de mais recursos financeiros para o Setor Saúde no Brasil.

Fruto do contingenciamento dos recursos por parte do Governo Federal, o Ministério do Planejamento anunciou, para o ano de 2007, um bloqueio de R$ 16,4 bilhões, do que estava previsto no Orçamento Geral da União. Desta verba contingenciada, 46% correspondia à área social. As despesas para as políticas sociais (saúde, assistência social, educação, saneamento, entre outras) estavam previstas em R$ 65,1 bilhões e passaram a ser R$ 57,4 bilhões. O principal corte foi no Ministério da Saúde, que teve um orçamento diminuído de R$ 40,6 bilhões para R$ 34,8 bilhões. (ORÇAMENTO..., 2007).

Em 2007, a cobrança da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira não foi prorrogada pelo Congresso Nacional, sendo extinta em 31/12/2007. Para compensar parcialmente as perdas de arrecadação, o Governo Federal editou os Decretos Nº. 6.339 e 6.345, elevando as alíquotas do imposto sobre operações financeiras (IOF), ou seja, de crédito, câmbio e seguro.

Depois de várias tentativas fracassadas, a Emenda Constitucional Nº. 29 foi regulamentada em 2008, no Senado Federal, aguardando apenas a aprovação na Câmara de Deputados. Convém destacar que, o avanço da aprovação desta emenda não reside somente na vinculação dos recursos, mas também na responsabilização dos entes federados com o financiamento do SUS.

O Deputado Pepe Vargas sugeriu, através do Projeto de Lei Complementar 306B/08, a regulamentação da EC 29 acrescida de artigos que prevêem a criação de uma fonte complementar direcionada à saúde, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), com alíquota de 0,1% sobre movimentações financeiras. A polêmica gira em torno da substituição da CPMF, revogada em 2007, uma vez que esta também fora criada com o mesmo intuito da CSS, mas acabou por ser também fonte de financiamento para outros setores que não a saúde. O PLC 306B/08 foi aprovado pelo Plenário da Câmara dos Deputados, em 11 de junho de 2008, prevendo uma arrecadação de R$11,8 bilhões, para 2009, e sua votação foi encaminhada ao Senado.

É importante ressaltar que se considerado o que estava previsto inicialmente no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da CF/1998, os recursos do Ministério da Saúde disponibilizados para o ano de 2008 seriam da ordem de R$ 120 bilhões, entretanto, a aprovação da Emenda Constitucional Nº. 29 foi num contexto político-econômico de retração estatal, sobretudo para o financiamento de políticas públicas garantidoras de direito, sendo necessário elucidar a adequação do gasto.

Nesse sentido, convém retomar a proposta da descentralização pensada na CF/1988 como um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos conceitos que apóia nossa análise, compreendida aqui como a transferência de poder, recursos e autonomia, é atualmente umas das importantes vias de efetivação da democratização do Estado. Em termos conceituais, refere-se à "transferência ou delegação de autoridade legal e política aos poderes locais para planejar, tomar decisões e gerir funções públicas do governo central" (JACOBI, 1993, p. 35).

Ressalte-se, porém, que a descentralização que vem ocorrendo no país é caracterizada apenas pela delegação de competências, sem, portanto, deslocamento do processo decisório, sobretudo numa conjuntura de recentralização de recursos por meio da Desvinculação de Recursos da União, que subtrai recursos do orçamento da seguridade e, consequentemente, as transferências Fundo a Fundo das Políticas de saúde e assistência social.

Não podemos compreender o SUS isolado do conjunto da política social e econômica, mas tratá-lo como política estruturante na garantia dos direitos sociais, sendo imprescindível sua sustentabilidade. Tivemos até então avanços parciais no campo do financiamento, embora este nos últimos anos venha sofrendo vários ataques de desmonte das conquistas alcançadas no plano jurídico-legal.

Considerando que gasto em saúde não é sinônimo de desperdício de recursos, todos os envolvidos com a formulação, planejamento, gestão e controle da política de saúde devem zelar pela qualidade do seu gasto reivindicando do SUS o direito ao financiamento suficiente e sustentável como forma de honrar seu compromisso junto à população brasileira, materializando a saúde como direito social universal, portanto garantido pelo Estado.

O cumprimento da Emenda Constitucional Nº. 29 - análise e perspectivas

O acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional Nº. 29 (EC 29) é realizado pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), criado em 2000, cujo objetivo é a coleta os dados de receitas totais e despesas em saúde de estados e municípios. As informações coletadas pelo SIOPS são obtidas a partir de dados contábeis ou de informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais, distrital e municipais (SIOPS, 2009). Assim, este sistema tem a credibilidade de ser o instrumento de acompanhamento da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

O cumprimento da EC 29 é, ainda, um desafio a ser perseguido pela totalidade de estados e municípios. Conforme se pode ver no quadro 1, segundo dados do SIOPS, em 2009, dos 27 estados (incluindo Distrito Federal), 24 atingiram o mínimo constitucional. Apenas três estados não aplicaram tal percentual.

Tabela 3 – Percentual de recursos aplicados na saúde por Estado no período de 2000 a 2009

Estados/ano	% aplicado 2000	% aplicado 2001	% aplicado 2002	% aplicado 2003	% aplicado 2004	% aplicado 2005	% aplicado 2006	% aplicado 2007	% aplicado 2008	% aplicado 2009
Piauí	5,02	8,9	6,07	7,48	11,62	12,64	13,48	13,71	12,16	NI
Paraná	4,06	10,09	5,98	5,75	6,14	8,35	11,55	9,22	9,79	NI
Amazonas	14,58	21,15	25,11	20,37	21,15	20,78	23,47	22,17	19,21	23,23
Acre	18,49	14,77	13,46	12,96	12,48	12,05	13,77	13,82	14,34	17,23
Rio Grande do Norte	12,56	11,53	13,3	14,58	12,02	12,63	14,43	17,53	16,52	16,34
Paraíba	3,66	12,81	10,52	10,62	9,59	10,32	12,91	12,72	12,49	16,03
Pernambuco	10,46	11,6	11,59	11,88	12	12,23	13,24	14,11	14,8	15,81
Ceará	2,6	7,54	8,18	8,74	12,7	11,97	14,21	12,14	14,36	15,8
Tocantins	9,4	12,3	11,48	11,32	12,02	12,05	13,52	14,74	13,79	15,67
Mato Grosso do Sul	8,88	6,81	9,22	8,61	12,14	12,57	12,25	13,46	12,98	14,78
Minas Gerais	4,78	6,88	6,36	10,2	12,16	12,33	13,2	13,3	12,19	14,67
Distrito Federal	6,16	8,91	9,78	11,06	13,27	15,51	16,56	20,25	17,49	14,38
Bahia	8,49	8,4	9,41	10,38	12,15	12,15	12,17	12,63	12,77	13,89
Goiás	7,88	12,39	8,12	10,12	12,46	12,05	12,9	12,3	12,87	13,13
São Paulo	9,58	11,15	11,76	12,26	13,74	12,95	12,8	13,07	13,46	12,66
Sergipe	3,32	5,77	8,06	10,07	12,04	12,14	11,11	12,44	12,7	12,65
Maranhão	1,51	1,75	5,56	7,98	13,23	12,73	11,17	11,77	12,06	12,61
Rondônia	7,79	10,64	9,47	10,54	11,42	12,11	12,1	12	12,78	12,58
Pará	7,33	8,88	9,88	10,31	12,04	12,41	12,74	12,61	12,77	12,44
Roraima	11,51	14,92	10,14	13,26	11,53	12,77	13,22	13,64	14,95	12,32
Rio de Janeiro	7,73	5,01	6,28	10,85	11,92	11,92	10,37	10,92	12,63	12,15
Santa Catarina	9,34	8,43	5,9	8,18	11,25	10,79	13,09	13,35	12,47	12,14
Alagoas	9,35	7,96	9,39	8,96	12,08	12,01	12	12	12,2	12,12
Amapá	10,16	10,3	12,52	14,99	14,14	11,31	12,93	13,74	13,91	12,03
Espírito Santo	13,59	12,23	12,91	12,65	12,23	12,05	10,43	9,88	10,24	11,8
Mato Grosso	2,75	6,33	7,72	9,09	11,01	11,19	11,07	11,9	11,24	11,66
Rio Grande do sul	6,82	6,59	5,62	4,32	5,2	4,8	5,4	5,8	6,53	7,24

Fonte: Brasil (2009).
Legenda: NI = Não Informado.

Tais números significam um claro avanço. Em 2000, apenas quatorze estados cumpriram a emenda (48,15% do total de estados). Naquele ano, quatro estados não enviaram suas informações ao SIOPS. Desde então, se vê uma evolução considerável, especialmente a partir do momento em que o não cumprimento ou não envio dos dados começou a significar a reprovação das contas junto ao Tribunal de Contas dos Estados.

Gilson Carvalho, sanitarista, especialista em financiamento da saúde, em 2000, já expressava sua preocupação com possíveis retrocessos, a partir da entrada em vigor da EC-29 para estados que naquele momento estivessem acima dos 12% mínimos. Felizmente, também neste aspecto, as notícias foram boas. Apenas o estado do Espírito Santo recuou, pois em 2000 já investia 13,59%, apresentando em todos os anos posteriores percentuais inferiores, chegando a 2009 com 11,8%. O melhor caso é o do estado do Amazonas que, em 2000, investia 14,58%, apresentando percentuais interessantes de investimentos, tendo como pico de 25,11% em 2002, mas ainda com bom desempenho em 2009 quando investiu 23,23%.

Após a implementação da Emenda, os estados que pouco investiam na saúde, a exemplo do Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Piauí e Paraíba ampliaram seus gastos neste setor. Os casos mais gritantes foram do Maranhão (com incrível percentual de 1,51% em 2000 e o cumprimento do mínimo a partir de 2008) e Ceará (de 2,60% em 2000 para o pleno cumprimento do mínimo a partir de 2006). Os estados do Paraná e Piauí ainda não passaram as suas informações para o SIOPS, o que impossibilita a análise para o ano de 2009.

Entre os destaques negativos, o caso do Rio Grande do Sul chama a atenção. O Estado chegou, em 2007, a obter percentual menor do que tivera em 2000. Em 2009, investiu apenas 7,24%. Em nenhum dos anos conseguiu cumprir a EC-29. O estado do Paraná é outro com baixos índices, porém em franca expansão: saiu de 4,06%, em 2000, para 9,79%, em 2008, após o quase

cumprimento em 2006, quando chegou a 11,55%. Em 2009, o governo do estado não repassou as informações para o SIOPS. Segundo Carvalho (2009), em 2006, os estados ficaram devendo R$ 3,4 bilhões ao sistema, enquanto os municípios gastaram R$ 6 bilhões a mais com saúde. Entre 2000 a 2006, a dívida dos estados foi de R$ 20 bilhões. "Deram um rombo à luz do dia", afirmou Carvalho (2009, p. 21).

Se a preocupação de Gilson Carvalho quanto a possíveis reduções dos percentuais por parte dos estados e municípios já cumpridores não se realizou, outros alertas do referido autor podem estar sendo concretizados.

Primeiro, se no corpo da EC-29 houve clara preocupação com a definição sobre quais itens são gastos com saúde, nem sempre tal aplicação foi consensual nos estados e nos Tribunais de Contas dos Estados.

O próprio SIOPS passa a aceitar justificativas, muitas vezes em contradição com o Tribunal de Contas dos Estados. O caso da Paraíba é exemplar. Segundo os atuais dados do SIOPS o referido estado teria passado de 3,66% em 2000 para 12,81% em 2001. Nos anos seguintes, apesar de certa queda, o estado manteve percentuais razoáveis, respectivamente 10,52%, 10,62%, 9,59%, 10,32%, 12,91%, 12,71%, 12,49% e 16,03% nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009. Por esses dados, o estado da Paraíba apenas não teria cumprido os percentuais mínimos em 2000, 2004 e 2005. Chama a atenção o importante salto verificado em 2009.

O mesmo SIOPS divulgava, em outros momentos, dados diferentes. No período 2000-2003, os dados anuais eram respectivamente de 4,41%, 12,82%, 11,29% e 7,83%. O ano de 2003 era, portanto, de não cumprimento.

Embora se saiba que é preciso revisar o que, por algum motivo, não foi processado corretamente, as sucessivas revisões dos percentuais mínimos informados podem significar a perda de

credibilidade das próprias informações do SIOPS. Ao promover a revisão na Paraíba, os dados do SIOPS entraram em conflito com os do Tribunal de Contas do Estado, que trabalha com a informação de que o estado não cumpriu o percentual mínimo para a saúde, embora tenha aprovado as contas do gestor.

Outra preocupação de Carvalho (s/d) era com relação ao maior comprometimento de responsabilidades da parte de estados e municípios, sem que houvesse uma descentralização de recursos. De fato, segundo o SIOPS, a participação da União com Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde caiu nos últimos anos de 1,73% do PIB, em 2000, para 1,68%, em 2004, tendo chegado a 1,60%, em 2003. Em 2005, porém, recupera o percentual de 1,73%. A participação dos estados aumenta de 0,54% do PIB para 0,80% no mesmo período, tendo chegado a 0,83%, em 2004. A participação dos municípios salta de 0,63% do PIB para 0,94% no mesmo período.

É importante observar que a EC 29, nas palavras de Marques; Mendes citados por Campelli; Calvo (2007, p. 1617), "não chega a resolver o problema da insuficiência de recursos da área e tampouco sua relação com as diversas fontes da seguridade". Isto posto, o aumento das participações de estados e municípios não se constitui por si só um problema, mas antes significa mais recursos para atenderem demandas potenciais ilimitadas.

O fato de, em 2009, 22 dos 27 estados (81,14% do total) terem cumprido o percentual não significa por si só que a luta por mais recursos para a saúde tenha acabado. Primeiro, porque ainda três estados não cumpriram (11%) e dois sequer informaram os seus dados ao SIOPS (7,4%). Segundo, porque poucos estados se aventuraram a investir muito mais que os 12% previstos em lei. Terceiro, porque o cumprimento do percentual mínimo não garante, mesmo com os critérios sobre o que são gastos com saúde na própria emenda, a qualidade dos gastos realizados.

Ao mesmo tempo, a União não tem cumprido a EC-29. Campelli; Calvo (2007) calculavam que entre 2001 e 2003, a União deixou de investir cerca de R$ 1,8 bilhão. Em tempos de aumento do crescimento do PIB, tal hiato tende a ser maior. A partir da revisão metodológica do cálculo do PIB, anunciada pelo IBGE, em 2007, certamente tal diferença tende a crescer, uma vez que os percentuais de crescimento do PIB, em sua maioria, foram recalculados para cima.

Entretanto, Carvalho (s/d; s/p) adverte que:

> A finalidade da PEC era conseguir mais recursos para a saúde. Quem mais tem que contribuir é exatamente a União, pois é a única esfera de governo que arrecada diretamente contribuições sociais para garantir saúde, previdência e assistência social. Estados e Municípios vão retirar de suas receitas gerais. A União abocanha cerca de 56%, Estados 28% e Municípios 16% de tudo que se arrecada de impostos e contribuições.

Portanto, ainda lembra o autor, por mais que se aumente a alíquota de estados e municípios, a repercussão financeira será pouco significativa, já que a arrecadação é majoritária da União, devendo ser a mais onerada, pois ela arrecada para isto, o que é impróprio a estados e municípios.

Esta lógica de liberação de recursos da União com liberdade alocativa faz parte da recomendação dos organismos internacionais, ao qual o governo Lula vem dando seguimento, mantendo a hegemonia do capital financeiro já que, segundo Druck; Filgueiras (2007, 27),

> o governo Lula não moveu um milímetro para alterar a essência do modelo de desenvolvimento – caracterizado, sobretudo, pela dominação da lógica financeira – nem, tampouco, a política macroeconômica que herdou do governo anterior.

Nesse sentido, torna-se importante levar em consideração o critério da base móvel no cálculo do mínimo a ser aplicado pelo Governo Federal. Pelo critério da base móvel, defendido pelo Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e Tribunal de Contas da União, a base para o cálculo será sempre a do ano anterior. Desta forma, se tem o crescimento anual do PIB. Pela base fixa, a base seria o volume mínimo de recursos calculado para o ano anterior, ou seja, considera como base apenas os valores mínimos definidos na Emenda para o ano em questão. Assim sendo, pelo critério da base fixa os valores a serem aplicados são menores que na outra proposta Exatamente por isto, esta é a proposta defendida pelo Ministério da Fazenda.

Trata-se, portanto, sob o ponto de vista da sociedade organizada, de um momento de ainda buscar que a totalidade dos estados e municípios cumpra o previsto em lei. A luta se mantém. Ao mesmo tempo, é importante desenvolver instrumentos para acompanhar a qualidade dos gastos.

Considerações finais

Sendo o financiamento da seguridade social seu ponto mais vulnerável, a desestruturação do OSS se constitui um dos elementos para inviabilizar a sua materialização (BOSCHETTI; SALVADOR, 2006).

O setor saúde e suas necessidades, tão bem conhecidas pela população, vêm sendo utilizados como justificativa para a crescente arrecadação de impostos, sem que, em seguida, se utilizem destes recursos, a exemplo do aumento do valor da alíquota da contribuição de empregados de 6 para 9%; do aumento do COFINS (anteriormente denominado FINSOCIAL) de 0,5% para 2%; da criação da CSLL; da criação da CPMF, não destinada integralmente à saúde e, principalmente, da subtração de receitas de estados e municípios, através da DRU, para aumentar a receita central da união (CARVALHO, 2008).

Para aqueles que supunham que a EC Nº. 29 pudesse promover a blindagem do sistema, a nosso ver, o seu cumprimento, embora seja capaz de ampliar os recursos para a saúde, não permite cumprir o dito constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, pois a soma dos gastos públicos com saúde nas três esferas de governo, em 2007, foi de R$ 94,4 bilhões, enquanto o gasto privado foi de R$ 98,4 bilhões, totalizando R$ 192,8 bilhões para a saúde. O custo público da saúde por pessoa, naquele ano foi de R$ 1,41 por dia (CARVALHO, 2009). Disto comprova-se que o financiamento da saúde ainda é incompatível com a ampliação e universalização dos direitos sociais.

Se por um lado a Emenda Constitucional é um importante passo para a estabilidade financeira na saúde, por outro, medidas contundentes de ajustes vêm sendo tomadas, as quais coadunam mais com a lógica securitária e mercadológica da saúde que com a garantia da saúde como direito universal.

Fica patente, nesse contexto que a priorização da política econômica neoliberal pelos governos desde a década de 1990 e mantida pelo governo atual não só impossibilita um crescimento sustentável, como impede o financiamento para as áreas sociais, principalmente da Saúde. Sendo assim, a luta continua!

Referências

A SAÚDE pública no centro de um mundo em crise. **Radis,** Rio de Janeiro, nº. 76, p. 14-31, dez. 2009.

ANDREAZZI,M, F. S.; OCKÉ-REIS, C. O;. Renúncia de arrecadação fiscal: subsídios para discussão e formulação de uma política pública. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 521-544, 2007.

ANFIP. Análise da Seguridade Social em 2006. **Fundação Anfip de Estudos de Seguridade Social**. Brasília, Anfip, 2007. Disponível em <www.anfip.org.br> Acesso: 30 maio 2007.

ANFIP. Análise da Seguridade Social em 2007. **Fundação Anfip de Estudos de Seguridade Social**. Brasília, Anfip, 2008. Disponível em <www.anfip.org.br> Acesso em: 10 jan. 2009.

ANFIP. Análise da Seguridade Social em 2008. **Fundação Anfip de Estudos de Seguridade Social**. Brasília, Anfip, 2009. Disponível em <www.anfip.org.br> Acesso em: 10 mai 2009.

BERING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e a perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BERING, E. R; BOSCHETTI, **Política social**: fundamentos e história. São Paulo Ed. Cortez, 2006.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. **Serviço Social e Sociedade,** n. 87, São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).** Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em 15 jan. 2009.

CAMPELLI, M. G. R; CALVO, M. C. O cumprimento da Emenda Constitucional N. 29. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: julho de 2000.

CARVALHO, G. Gasto com Saúde no Brasil em 2007. **IDISA,** 2008.

CARVALHO, G. O. Expressão Reducionista. **RADIS,** Rio de Janeiro, n. 77, jan. 2009.

CRUZ, F. F; DAVI, J; DANTAS, M. F. M. **O financiamento da Assistência Social no contexto do Sistema Único da Assistência Social**: um estudo sobre a realidade dos municípios de pequeno porte II habilitados na gestão plena do estado da Paraíba. 2008. 50 f. Relatório Parcial (PROINCI). Departamento de Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2008**.**

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12 (sup), p. 1851-64, 2007.

DRUK, G.; FILGUEIRAS, L. Política Social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jun. 2007.

JACOBI, P. Estado e movimentos sociais: algumas questões controversas. In: ______. **Movimentos sociais e políticas públicas**: demandas por saneamento básico e saúde em São Paulo 1974-1984. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1993.

MARQUES, R. M; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da Seguridade Social. **Revista Economia e Sociedade.** Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, 2005.

MARQUES, R. M; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katálisys**. Florianópolis. v. 10, n. 1. p. 15-23, jan./jun. 2007.

MOTA, A. E. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo dobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MOTA, A. E. Seguridade social no cenário brasileiro. In. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 11., 2004, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza, 2004.

MOTA, A. E. Serviço Social e seguridade social: uma agenda recorrente e desafiante. **Revista Em Pauta,** Rio de Janeiro, nº. 20, 2007.

ORÇAMENTO da saúde 2007. R$ 5,7 bilhões a menos. **Radis**, Rio de Janeiro, nº. 55, mar. 2007.

REZENDE, M. C. **Nota técnica**: A implementação da Emenda Constitucional 29 (Emenda Da Saúde). Disponível em: www.pt.org.br. Acesso em 18/01/2009.

SOARES, L. T. R. **Ajuste Neoliberal e desajuste social na América Latina.** Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social

Alessandra Ximenes da Silva

Introdução

Esse artigo analisa a trajetória histórico-conceitual dos 20 anos do controle social democrático no Brasil, identificando os impasses e interesses que impedem, nos espaços desse controle, a efetivação para a construção de uma nova hegemonia no direcionamento das políticas de saúde na contemporaneidade. Na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira construída na década de 1980. O Movimento Sanitário, sujeito político coletivo fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 1980, ficou recuado a partir dos anos 90. As suas principais entidades não estão conseguindo articular propostas nacionais que fortaleçam a continuidade da Reforma Sanitária Brasileira. Desse modo, apesar de todas as reflexões que explicitam os limites dos espaços de controle social, na perspectiva de uma participação efetiva, considera-se que esses mecanismos são importantes para a democratização do espaço público e para a mudança da cultura política brasileira. Uma efetiva contra-hegemonia depende de compreendermos as condições da classe subalterna, com todas as dificuldades que envolvem na atualidade. A sociedade civil é arena de luta de classes.

O sentido do controle social democrático, inscrito na Constituição de 1988 é o da participação da população na perspectiva de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais. Esta concepção tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia. Os conselhos e conferências de saúde foram propostos numa conjuntura de mobilização da sociedade civil e foram implementados, a partir dos anos 1990, num cenário de regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital.

A partir da Década de 1990, consolida-se a hegemonia do Projeto Neoliberal no Brasil, o que acarretou retrocessos, nos avanços obtidos na década anterior, no que diz respeito ao acesso e as novas formas de gestão das políticas sociais. Observa-se, a partir de tal conjuntura, uma tendência ao esvaziamento e despolitização dos conselhos e conferências enquanto espaços de formulação e decisão da política de saúde.

O Movimento Sanitário, sujeito político coletivo fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 1980, ficou recuado a partir da década de 1990. A agenda de lutas tem se restringido à implementação do Sistema Único de Saúde, que por sua vez, não engloba todas as proposições anteriormente defendidas.

A análise que se faz após o primeiro governo Lula e os encaminhamentos do segundo mandato é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 1990 – continua. Algumas propostas procuram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não tem havido vontade política e financiamento para viabilizá-las.

Identificam-se, também mudanças no discurso dos protagonistas do Projeto de Reforma Sanitária, principalmente a partir de 2007. Há uma flexibilização de suas proposições pautadas nas possibilidades de ação no atual contexto brasileiro. Diversos sujeitos políticos

coletivos do Movimento de Reforma Sanitária e participantes dos conselhos e das conferências de saúde não têm enfrentado a questão central do governo que é a subordinação da política social à política macroeconômica.

Desse modo, nossa questão central é identificar as determinações sócio-históricas do posicionamento atual, dos sujeitos políticos coletivos da Reforma Sanitária dos anos 1980, que não lutam na atualidade pela construção de uma nova hegemonia. As atuais transformações societárias em curso e suas inflexões sobre a questão da saúde no Brasil vêm determinando novas demandas e respostas no âmbito de atuação desses sujeitos políticos coletivos nos espaços de controle social democrático.

A hegemonia do projeto neoliberal e a reforma sanitária brasileira

Tratar da questão da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) construída a partir da segunda metade da década de 1970 remete às implicações teórico-metodológicas que perpassm a construção desse processo que nas décadas de 1980, 1990 e no Século XXI, tomam configurações e direcionamento políticos diferenciados. Vários teóricos desse processo têm mudado suas concepções construídas ao longo dos anos 1980.

O Projeto de RSB na década de 1980 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

No entanto, passados 20 anos desse processo com a implementação do Sistema Único da Saúde (SUS), identificam-se avanços significativos na RSB na década de 1980; mas, na década de 1990, segundo Paim (2008), os obstáculos constatados propiciaram o aparecimento de uma segunda tese: o Projeto da Reforma Sanitária havia se esgotado, apesar do Movimento Sanitário recusar tal conclusão.

O processo se iniciou em meados dos anos 1970 e teve como liderança intelectual e política, o autodenominado "Movimento Sanitário". Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde. Gerschman (1995) avalia que este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor. Foi influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária Italiana. De acordo com Fleury (1989), o projeto reformador sustentou-se em uma ampla crítica do modelo prevalecente, baseado no crescimento do setor privado à custa do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo), o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do setor público de saúde.

Nos anos 1980, a sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. Segundo Bravo (2006, p. 95), "as decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a maioria da população".

Nessa década, a saúde significativamente contou com a participação de novos sujeitos políticos coletivos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política,

estando estreitamente vinculada à democracia. Dos sujeitos políticos coletivos que tiveram participação preponderante nesse processo, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como à melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o Movimento Sanitário, teve o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

O texto constitucional, com relação à saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do Movimento Sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica. Para Fleury (1989), os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram: o direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com as discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; as ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada à destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais.

Apesar das importantes conquistas de 1988, que anunciavam uma importante reforma democrática do Estado Brasileiro e da política social, engendrando um formato social-democrata com mais de 40 anos de atraso, as condições econômicas internas e internacionais eram extremamente desfavoráveis. Apesar do ascenso das lutas democráticas e dos movimentos sociais, que apontavam condições políticas e uma base de legitimidade forte para a realização de reformas efetivas, muitas contratendências se interpuseram a essa possibilidade. De acordo com Behring e Boschetti (2007, p.147):

> Os anos 1990 até os dias de hoje têm sido de contra-reforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988, num contexto em que foram derruídas até mesmo aquelas condições políticas por meio da expansão do desemprego e da violência. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Para Bravo (2006, p. 100):

> a proposta de política de saúde construída na Década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise

Um dos gargalos da política de saúde é o percentual de recursos financeiros federais previstos inicialmente na Constituição Federal para o SUS, cujo montante totalizava mais que o dobro do orçamento do Ministério da Saúde, nunca foi cumprido pela política econômica e que a partir da década de 1990 até os dias atuais,

apresenta-se queda na receita do orçamento da saúde dos estados e municípios, que é agora por estes ultrapassados.

Bravo (2006) ressalta essa tendência ao comprometimento da possibilidade de avanço do SUS, enquanto política social, entre as quais se destacam: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; o afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubidade entre prevenção e atenção curativa, com prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contra-reforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico.

Nessa perspectiva, a saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma das suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos. Além do aumento da precarização do trabalho no setor saúde. Na atualidade, os trabalhadores são contratados através de cooperativas, fundações estatais de direito privado e associações de moradores para prestarem serviços em unidades ou programas vinculados ao SUS. Enfatizamos aqui o Programa Saúde da Família (PSF) que deveria ser uma estratégia significativa de assistência a atenção básica, mas o seu formato no Brasil, tem apresentado a sua pouca efetividade, passando a ser mais um programa focal do governo federal.

A tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise.

De acordo com Mota (1995, p. 122)

> a tendência é privatizar os programas de previdência e saúde e ampliar os programas assistenciais, em sincronia com as mudanças no mundo do trabalho e com as propostas de redirecionamento da intervenção social do Estado.

Para Behring e Boschetti (2007), na saúde, o principal paradoxo é que o SUS, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, hierarquização, descentralização, participação da comunidade e complementaridade do setor privado, vem sendo minado pela qualidade de serviços ruins, pela falta de recursos, pela ampliação da prestação de serviços privados que sugam os recursos públicos e pela instabilidade no financiamento. As propostas de saúde pública, defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária, várias de suas concepções foram incorporadas na Constituição de 1988, no entanto, "parece estar na prática, sofrendo um processo de privatização ou de uma democracia inconclusa" (Gerschman, 1995, p. 02).

Desse modo, dois projetos convivem em tensão: o Projeto de Reforma Sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o Projeto Neoliberal ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2006).

O projeto saúde, articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na política de ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Segundo Bravo (2006, p.79):

> A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais

> propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no Projeto de Reforma Sanitária – foi um dos aspectos que têm provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltado para o mercado. Esse projeto tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Observa-se que, a partir da década de 1990, com a ofensiva neoliberal, inicia-se o arrefecimento do Projeto de Reforma Sanitária formulado na década de 1980. Os sucessivos governos da década de 1990 não se empenharam na construção do SUS, muito menos no avanço da RSB.

Assim, o governo de Fernando Collor de Melo caracterizou-se pela crise econômica, com redução de recursos federais para a saúde, embora tenha criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), promulgado a Lei Orgânica e implantado a Norma Operacional Básica - 1991 (NOB/91) e, depois de muita protelação realizou a 9ª Conferência Nacional de Saúde.

No governo de Itamar Franco, manteve-se a crise financeira na Seguridade Social, instalando-se uma disputa inaceitável entre a saúde e a previdência, mas pode-se destacar o avanço na municipalização, a partir da Norma Operacional Básica - 1993 (NOB/93), e a criação do PSF, em 1994.

A eleição de Lula significou um marco político na história do país, pois foi a primeira vez que se elegeu "um representante da classe operária brasileira com forte experiência de organização

política" (Braz, 2004, p.49). A consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o Projeto Neoliberal implantado nos anos 1990. Isto é, pela primeira vez venceu o projeto que não representa, em sua origem, os interesses hegemônicos das classes dominantes.

Entretanto, pode-se afirmar que as propostas e reformas defendidas pelo governo Lula após o seu primeiro governo dão seqüência à contra-reforma do Estado iniciada na gestão de Fernando Henrique Cardoso (FHC), uma vez que, encolheu o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliou o espaço privado – não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados.

Bravo (2007) ressalta que a política de saúde é apresentada no programa de governo Lula, como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. No entanto, a concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva da Constituição de 1988. Havia uma expectativa que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na Saúde.

O governo Lula tem defendido e implementado propostas com vistas à terceirização dos trabalhadores em saúde, à criação das Fundações Estatais de Direito Privado e à fragmentação e enfraquecimento do controle social, quando cria Conselhos Curadores e Conselhos de Gestão Participativa, ao invés de fortalecer os conselhos de saúde deliberativos existentes.

No governo Lula, mesmo sem serem equacionadas as questões do financiamento e da força de trabalho do SUS, manteve-se a expansão do PSF, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), desenvolveu-se a Reforma Psiquiátrica e foram formuladas políticas nacionais de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, entre outras, além de lançado o Pacto pela Saúde (Teixeira & Paim, 2005). Também foram realizadas várias

conferências temáticas e as XII e XIII Conferências Nacionais de Saúde.

A partir de 2003, principalmente a Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), o Cebes, a Abres (Associação Brasileira de Economia da Saúde), a Rede Unida e a Ampasa (Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde), mobilizam-se com o chamamento da necessidade de se colocar na agenda política a RSB. No ano de 2005, lançam um manifesto, em ato público realizado na Câmara dos Deputados, com vistas à defesa da aprovação da Emenda Constitucional nº 29 e à ampliação de mais recursos no orçamento da saúde. No ano seguinte foi lançado um documento, preparado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (FRSB), sendo este discutido com a Frente Parlamentar da Saúde, com outras entidades dos setores de saúde e de educação e com a sociedade, com o objetivo de contribuir para as plataformas eleitorais.

O documento elaborado pelo FRSB (2006) mais uma vez foi assinado pelas entidades acima referidas com o título: O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Dentre os aspectos abordados no documento chama a atenção "o debate necessário sobre a Reforma Sanitária e o SUS", que aborda a questão dos obstáculos enfrentados pelo SUS que marcaram sua configuração como Sistema Nacional de Saúde, entre os mais graves destacam-se: a não implementação do preceito constitucional de Seguridade Social com seus respectivos mecanismos de financiamento e gestão; o drástico sub-financiamento desde a sua criação; a profunda precarização das relações, remunerações e condições de trabalho dos trabalhadores da saúde; a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema; o desenvolvimento intensivo do marketing de valores de mercado em detrimento das soluções que ataquem os determinantes estruturais das necessidades de saúde. Enfatiza-se que, apesar dos referidos e reconhecidos avanços na produção, produtividade e

inclusão, muito pouco se avançou na efetivação da integralidade, da igualdade, e só recentemente retornou-se à questão da regionalização. Ressalta-se que não será possível seguir expandindo a cobertura sem alterar os modelos de atenção e de gestão em saúde. Evidencia-se que os conselhos de saúde e a sociedade civil não têm conseguido participar com efetividade e assim influir na formulação de políticas e estratégias do SUS.

Entretanto, o FRSB, apresenta propostas que são contraditórias, tais como: a defesa do SUS humanizado e a ênfase na reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde.

Alguns sanitaristas também defendem propostas que se afastam dos preceitos da RSB formulada nos anos 1980, quando ressaltam a necessidade de garantir o caráter público do SUS, mas sem atrelamento do Estado,

> protegendo-o da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas derivadas das manobras da política. Publicizar o SUS sem privatizá-lo, assegurando-lhe autonomia perante o Estado", governos e políticos, porém submetendo-o ao controle público e democrático mediante gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo (PAIM, 2008, p. 99).

Essas perspectivas apontam para um redirecionamento dos princípios da Reforma Sanitária formulada na década de 1980, a partir principalmente das décadas de 1990 e 2000. Com ênfase, na atualidade, à sociedade civil ou terceiro setor envolvida diretamente na prestação de serviços, o que configura um verdadeiro retrocesso histórico.

Desse modo para Behring e Boschetti (2007), a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos sob o argumento da

crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise, prevalece o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização. Sendo esta última estabelecida não como partilhamento de poder entre esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componente fundamental da reforma e das orientações dos organismos internacionais para a proteção social.

Para entender tais relações e as contradições até o momento expostas se faz necessário compreender a categoria de hegemonia, no referencial teórico gramsciano que consegue explicar os processos que implicam nas transformações societárias e defesa de interesses.Vale a pena ressaltar, que o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira formulado na década de 1980, visava não apenas à reforma do setor saúde, mas defendia mudanças também no projeto de sociedade.

De acordo com Dias (1996) uma grande parte da literatura marxista sobre hegemonia do ponto de vista gramsciano parte da centralidade da questão de alianças de classe na sua imediaticidade política. Nessas perspectivas trabalha-se abstratamente a hegemonia como a capacidade de uma classe de subordinar/coordenar classes aliadas ou inimigas. Ressalta-se, também a partir da perspectiva do partido, no momento em que enfatiza excessivamente os mecanismos específicos da intervenção política, desconhecendo quase sempre as determinações mais complexas dessa intervenção mesmo ao nível da imediaticidade (DIAS, 1996, p.10); "essas maneiras de examinar esse conceito são restritivas e limitadoras da potencialidade de esforço teórico e prático."

A hegemonia é pensada instrumentalmente como sendo obtenção de um domínio ideológico não se limita a uma eventual maioria nos processos políticos. A questão central ao se tratar da hegemonia é o nexo entre a capacidade de construção de uma visão de mundo e a realização da hegemonia. Esse processo de construção da hegemonia, que ocorre no cotidiano antagônico das classes decorre da sua capacidade de elaborar sua visão de mundo autônoma e da centralidade das classes.

> Diferenciar-se, contrapor-se como visão de mundo às demais classes, afirmar-se como projeto para si e para a sociedade; ser direção das classes subalternas e dominadas na construção de uma nova forma civilizatória. Para tal, é fundamental ter a capacidade de estruturar o campo de lutas a partir do qual ela poderá determinar suas frentes de intervenção e articular suas alianças. A hegemonia é a elaboração de uma nova civilização. É uma reforma intelectual e moral (DIAS, 1996, p.11).

Gramsci (1971) ao empregar o termo hegemonia o fez ao referir-se ao sistema de alianças que a classe operária deve criar para derrubar o Estado burguês e servir como a base social do Estado dos trabalhadores. Valeu-se do termo para argumentar como o proletariado soviético teria de sacrificar seus interesses corporativos, econômicos, de modo a sustentar uma aliança com a classe camponesa e servir assim aos seus próprios interesses gerais.

Nas condições modernas, argumenta Gramsci (1971), uma classe mantém seu domínio não simplesmente através de uma organização específica da força, mas por ser capaz de ir além dos interesses corporativos estreitos, exercendo uma liderança moral e intelectual e fazendo concessões, dentro de certos limites, a uma variedade de aliados unificados num bloco social de forças que Gramsci chama de bloco histórico. Este bloco representa uma base

de consentimento para uma ordem social, na qual a hegemonia de uma classe dominante é criada e recriada numa teia de instituições, relações sociais e idéias.

Embora Gramsci (1971) tenha escrito que as instituições de hegemonia estão localizadas na sociedade civil, ao passo que a sociedade política é a arena das instituições políticas no sentido constitucional jurídico, ele assinala que essa é uma divisão puramente metodológica e acentua a superposição efetiva que existe nas sociedades concretas.

A hegemonia, como é possível argumentar, não se reduz à legitimação, falsa consciência, ou instrumentalização da massa da população, cujo senso comum ou visão de mundo, segundo Gramsci é composto de vários elementos, alguns dos quais contradizem a ideologia dominante, pode propiciar uma visão de mundo mais coerente e sistemática que não só influencia a massa da população, como serve como um princípio de organização das instituições sociais.

Gramsci (1991) define o projeto histórico político do proletariado como a criação de uma sociedade regulada em que hegemonia e sociedade civil, ou seja, a área do consentimento, expandem-se plenamente, e a sociedade política, ou área de coerção, restringe-se. Isso implica que o proletariado deve criar uma expansão contínua do consentimento na qual, os interesses dos vários grupos se conjugam para formar um novo bloco histórico. Ao desenvolver uma estratégia para esse fim, uma nova hegemonia deve absorver e sistematizar elementos de idéias e práticas populares.

Segundo Duriguetto (2007) a noção de hegemonia como direção intelectual e moral assume relevância central na estratégia da guerra de posição. O conceito se refere tanto ao processo em que uma classe torna-se dirigente quanto à direção que uma classe no poder exerce sobre o conjunto da sociedade. A hegemonia expressa a direção e o consenso ideológico (de concepção de mundo)

que uma classe consegue obter dos grupos próximos e aliados. Constituir-se como classe hegemônica significa construir e organizar interesses comuns e tornar-se protagonista das reivindicações de outros estratos sociais de modo a unir em torno de si esses estratos, realizando com eles uma aliança. A conquista progressiva de uma unidade político- ideológica – de uma direção de classe – requer assim, a busca do consenso dos grupos sociais aliados, alargando e articulando seus interesses e necessidades na busca da superação dos seus limites corporativos (DURIGUETTO, 2007). Nessa formulação de Gramsci estão assentados os fundamentos de uma teoria democrática da transição ao socialismo, sendo o conceito de hegemonia uma contribuição para a teoria da democracia. Ou seja, na medida em que, para o pensador italiano, a transição para o socialismo se efetivaria por meio de um processo progressivo de "democratização" e conquista de espaços políticos e de participação popular crítica e organizada nos espaços da sociedade civil, pode-se dizer que há uma relação orgânica entre hegemonia e democracia.

O desenvolvimento teórico-político da estratégia Gramsciana da guerra de posição aparece concretizado no aprofundamento progressivo da democracia política e na busca da unidade das lutas políticas imediatas das diversas organizações das classes subalternas na sociedade civil. Unidade que seria tecida através da construção de alianças cada vez mais amplas com as camadas da classe trabalhadora em torno da defesa de suas reivindicações imediatas e de profundas reformas econômicas e políticas. Na defesa dessa unidade consensual e hegemônica está implícita uma nova concepção de democracia e de seus institutos.

O impulso de democratização dos institutos políticos não provirá de suas formas e regras, mas da organização e pressão política das classes subalternas, e é do grau de sua consciência política e de classe, e da eficácia de suas lutas, que depende a substantividade do conteúdo dos processos democráticos.

Na sociedade capitalista as experiências de democratização da vida social contraditoriamente têm sido sempre resultados combinado das requisições da classe trabalhadora e das necessidades do capital de se sustentar e se expandir.

Nesse momento, de reordenamento político democrático vem provando que está conseguindo adequar as necessidades do capital às conquistas da cidadania que tem expressado pela representação institucional, de composição colegiada e paritária (NETTO, 1996). Essas práticas podem até permitir a socialização da política, mas esbarram na socialização do poder político e, sobretudo, nas condições de acesso às riquezas socialmente produzidas e à propriedade.

De acordo com Sader (2002), a ideologia da democracia liberal passou a ser o horizonte mais avançado. Esse reducionismo ganhou ares de universalidade, praticamente uma consagração inconteste. A ideologia da democracia liberal busca identificar o cidadão com o consumidor e o processo eleitoral com o mercado. Essa hegemonia, ao generalizar os sistemas políticos assentados na democracia liberal, desqualificou seus interlocutores, privatizou as relações sociais e do Estado de maneira exacerbada. Ressalta que esse tipo de democracia permitiu que as relações mercantis invadissem, de tal forma, todos os espaços sociais, que o próprio tema da Reforma do Estado no Brasil ganhou conotações estritamente econômicas. Reformar o Estado deixou de ser sinônimo de sua democratização, para ser confundido com redução de suas funções reguladoras, tendo como objetivo maior o ajuste fiscal.

A democracia liberal, como modelo universal resultante de uma combinação entre os aspectos políticos, econômico e militar, foi consagrada pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional – FMI -, ao transformá-la em condição política para a concessão de empréstimos, além de direcionar as políticas sociais dos países da América Latina, destaca-se entre elas a política de saúde.

Segundo Dias (1996, p. 35), "criou-se o mito da democracia e da democracia para todos", mas a natureza da organização econômica capitalista e, no caso do Brasil, as formas de lidar com as questões públicas e os conflitos de classe, na prática, negam a possibilidade que essa democracia se efetive ou que ultrapasse algum limite de sua formalidade. A democracia formal, a cidadania e a igualdade formal permitem forjar uma igualdade entre os estruturalmente desiguais.

No nível social, essas transformações têm provocado uma reviravolta na estrutura objetiva e ideo-subjetiva das classes sociais, tornando-as mais complexas e modificando suas hierarquias e articulações tradicionais. Mas, segundo Netto (1996, p. 93), "cabe considerar que as determinações de classes prosseguem operantes, pois é impossível apreender a dinâmica social contemporânea da ordem burguesa sem referenciá-la." A classe trabalhadora é formada por um conjunto bastante heterogêneo e, atualmente, perdeu sua grandeza estatística e parte de sua identidade política e sindical. Se essas mutações tornam mais complexas sua caracterização, parece que ocultam e escondem muito mais as características da classe que representa o capital. Ela chega a parecer invisível neste processo de transformações societárias.

Contraditoriamente, apesar de estarmos vivendo numa conjuntura de democracia esvaziada, ela talvez seja o horizonte mais imediato para a classe trabalhadora. De acordo com Netto (1996, p.09), a "democracia possibilita que os trabalhadores negociem com mais pressão a venda da única mercadoria que têm para levar ao mercado: que é a sua força de trabalho. Isto significa que a democracia política é indispensável para os trabalhadores". Nesta análise, a democracia é fundamental para que os trabalhadores se organizem, para demandar, para negociar, para crescer a sua influência na vida pública. Esse é o paradoxo da democracia. Ela é funcional à ordem do capital. Com seu desempenho não se derrota a ordem do capital, mas ela é indispensável àqueles que lutam contra a ordem do capital.

Controle social: a relação entre estado/sociedade civil e a construção de uma nova hegemonia

O controle social tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade, quanto para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado. E, mesmo nestas duas acepções existem diferenças devido ao entendimento da função do Estado e da extensão do seu poder e/ou devido à forma de como se concebe a sociedade civil.

A perspectiva do controle da sociedade sobre as ações do Estado, tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980 e, principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores: os Conselhos – instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo – e as Conferências Setoriais. Esta participação adquiriu uma direção de controle social posta pelos setores progressistas da sociedade, ou seja, de controle por parte dos segmentos organizados da mesma sobre as ações do Estado no sentido deste atender cada vez mais aos interesses da maioria da população, em reverso ao período ditatorial de controle exclusivo do Estado sobre a sociedade cerceando qualquer expressão desta.

Ao fazer uma leitura do referencial teórico de Gramsci, o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso é contraditório, pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil enquanto momento do Estado é um espaço de luta de classes pela disputa do poder. É a partir da sua concepção de Estado – com função de manter o consenso além da sua função coercitiva – quando incorpora as demandas das classes subalternas, que se abre a possibilidade de o Estado ser controlado por essas classes, a depender da correlação de forças existente entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil.

Nessa concepção, conclui-se que o controle social poderá acontecer via políticas públicas. Desta forma, o controle social na perspectiva das classes subalternas visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia.

Para Gramsci não existe uma oposição entre Estado e sociedade civil, mas uma relação orgânica, pois a oposição real se dá entre as classes sociais, o controle social acontece na disputa entre essas classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado. Somente a devida análise da correlação de forças entre as mesmas, em cada momento histórico, é que vai avaliar que classe obtém o controle social sobre o conjunto da sociedade.

Assim, o controle social é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – está balizado pela referida correlação de forças. Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido dessas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento "econômico-corporativo" ao "ético-político", superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma "reforma intelectual e moral" vinculada às transformações econômicas. Esta classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que esse incorpore seus interesses, na medida que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante.

Na contemporaneidade vários autores vêm trabalhando a concepção de controle social, porém com aportes teórico- metodológico diferenciados. Gohn (2001) afirma que o debate sobre os conselhos como instrumento de exercício da democracia esteve

presente entre setores liberais e da esquerda em seus diferentes matizes. A diferença é que pelos liberais, eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, e pela esquerda como vias ou possibilidades de mudanças. Vejamos as principais tendências de alguns autores: Raichelis (2000) considera controle social como um dos elementos constitutivos da estratégia política da esfera pública. A autora defende a possibilidade de construção da esfera pública – espaço de explicitação de interesses em conflito, de confronto de projetos sociais e de luta pela hegemonia – no âmbito das políticas sociais, que envolve a participação ativa da sociedade civil na sua definição, implementação e controle.

> Os conselhos de gestão setorial são novos mecanismos que dinamizam a participação social. Insere o debate sobre as relações entre democratização e representação dos interesses populares na esfera das decisões políticas.... a esfera pública implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações (RAICHELIS, 1998, p. 45).

Gerschman (2004) refere-se aos conselhos como mecanismos de controle social que seriam, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia. O fortalecimento do exercício do controle social sobre o Estado contribuiria, assim para o alargamento da esfera pública. Neste sentido, a viabilidade do controle social seria condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais.

Correia (2003) ressalta que o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado

e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população. Conseqüentemente, tal perspectiva implica o controle social sobre o fundo público.

Carvalho (1995, p. 28) enfatiza que a expressão controle social é de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão da relação Estado/sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e de controle sobre aquele. Para este autor, "o controle social inspira os conselhos de saúde para que, com a presença de segmentos sociais tradicionalmente excluídos, possam controlar o Estado", assegurando políticas de saúde pautadas pela necessidade do conjunto social.

Em contraponto às perspectivas acima, Avritzer (2008, p. 2) questiona se as proliferações de formas de representação não é uma distorção do próprio funcionamento da representação ou seria um caso entre muitos outros que tem servido para reelaborar a própria noção de representação. Para este autor à "medida que o envolvimento da sociedade civil nas políticas sociais aumentou, um problema tornou-se inescapável: o surgimento de novas formas de representação ligadas a ela."

Bravo (2006) aponta algumas tendências do controle social ao analisar os conselhos de saúde, entre as quais se destacam: 1) os conselhos têm sido percebidos como espaço consensual, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos. Essa concepção pautada em Habermas e nos neo-habermasianos, não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político para viabilizar os conselhos a partir de seus interesses; 2) a concepção dos conselhos apenas como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público. Esta perspectiva também não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir dos interesses divergentes. Influenciada pela visão estruturalista do marxismo, cujo principal representante é Althusser. Essa posição não acredita no potencial dos conselhos e seus adeptos têm defendido a saída das entidades desses

espaços; 3) a posição que não aceita este espaço, ou seja, questiona a democracia de base, participativa, e defende apenas a democracia representativa. Esta concepção política neoconservadora é assumida por alguns representantes governamentais, mas também tem respaldo na produção intelectual de cientistas políticos dedicados à análise da democracia e dos sistemas de representação nas sociedades capitalistas. Carlos Estevão Martins (1994), quando analisa os canais de participação de diferentes sujeitos nas decisões governamentais, pelos conselhos, considera que os mesmos são incompatíveis com a democracia representativa e; 4) a posição, que concebe os conselhos enquanto espaços contraditórios pautando-se em Gramsci, permite fazer uma análise frente aos impasses com a organização social existentes a partir da década de 1990.

Ressalta-se, que a concepção que visualiza os conselhos enquanto espaços contraditórios ou arenas de conflitos em que diferentes projetos estão em disputa está pautada em Gramsci e nos neogramscianos. No entanto, esta concepção não é hegemônica nas pesquisas existentes na área de saúde na atualidade. As visões que se contrapõem ao referencial gramsciano tem tido um impacto significativo acerca do papel político dos conselhos e conferências, sua efetividade e nas situações mais extremadas que não deve se dar mais importância a esses espaços. Tal visão tem tido um impacto significativo na relação entre Estado/sociedade. Nesta direção, Cortes (2002, p. 9) argumenta:

> diferentemente do que ocorria na segunda metade dos anos 80, os conselhos e conferências de saúde na década de noventa, parecem ter deixado de ser o local principal de negociações e de mediação de interesses setoriais... A mediação entre projetos conflitantes.

A participação e a descentralização na gestão das políticas que compõem a Seguridade Social (Saúde, Assistência e Previdência Social) foram institucionalizadas no artigo 194 da Constituição

de 1988 e detalhadas nas respectivas Leis Orgânicas posteriores. Ressalta-se que, apesar da legalidade da participação e da descentralização ter sido resultado de lutas dos setores progressistas no período de redemocratização, é preciso, contudo afirmar que a legalização trouxe problemas novos entre os quais a agregação desses movimentos aos mecanismos administrativos do Estado.

Existem dificuldades para o exercício do controle social na referida perspectiva, como: a fragilidade no nível de organização dos movimentos populares e sindicais; a pouca consciência de classe (momento meramente "econômico-corporativo" ou "egoístico-passional") dos mesmos; a cultura política de submissão arraigada na população brasileira; a baixa representatividade e conseqüente falta de legitimidade dos conselheiros, pela pouca organicidade com sua base, além da desinformação generalizada, entre outros.

Observa-se que após as fortes mobilizações e articulações dos movimentos sociais na década de 1980 e início da década de 1990 em torno da legalidade dos direitos sociais e da participação nas políticas públicas consolidadas na Constituição de 1988 e regulamentados nas Leis Orgânicas posteriores, as lutas em torno das políticas públicas passaram a acontecer nos espaços institucionais. A representação da sociedade civil organizada passou a ocupar um lugar no executivo do Estado através dos Conselhos Setoriais. Agora as disputas acontecem, principalmente, dentro dos mecanismos de participação institucionalizada – dentro dos conselhos setoriais -, e as mobilizações se dão para participar e propor nas Conferências Setoriais.

Ocorre que a atitude defensiva assumida pelos movimentos sociais, a partir dos anos 1990, tem como determinantes as mudanças na esfera do trabalho, por meio da reestruturação produtiva e das concepções pós-modernas que enfatizam apenas o local, desvalorizando categoriais mais gerais, como a totalidade social e a articulação do local com original e o nacional. A agenda dos movimentos tem sido elaborada a partir da agenda governamental, o que difere da ação dos mesmos nos anos 1980, que formulavam proposições para intervenção nas políticas públicas.

De acordo com Bravo (2006), nesta conjuntura, de fragilização das lutas sociais, as entidades da sociedade civil não têm conseguido uma defesa da Seguridade Social e da saúde em particular, com destaque para o movimento sindical, os partidos políticos e o movimento popular.

Para Oliveira (1998), a construção da esfera pública supõe a existência de regras universais e pactuadas. O autor coloca a possibilidade de construção de uma esfera pública, mesmo nos limites do Estado burguês, negando à burguesia a propriedade do Estado e sua dominação exclusiva. A experiência do Welfare State (Estado de Bem-Estar) caracterizou-se como um padrão de financiamento público da economia capitalista, mediante estruturação de uma esfera pública (Raichelis, 1998).

Dagnino (2002) ressalta que os conselhos, por sua novidade, expressam um desafio tanto para a sociedade civil como para o Estado, em diversas dimensões, como o reconhecimento dos diferentes interesses em disputa, a capacidade de negociação sem perda de autonomia, a construção do interesse público e a ampliação da participação na formulação de políticas públicas.

Nesta perspectiva, para Bravo (2006, p. 93) "os conselhos não podem ser supervalorizados, nem subvalorizados". São fundamentais para a socialização da informação e a formulação de políticas sociais, mas têm que ser visualizados como uma das múltiplas arenas em que se trava a disputa hegemônica no país.

Considerações finais

Uma efetiva contra-hegemonia depende de compreendermos as condições da classe subalterna, com todas as dificuldades que envolvem na atualidade. A sociedade civil é arena de luta de classes e, portanto, do embate entre aparelhos privados de hegemonia e de contra-hegemonia no sentido do convencimento, da formação,

da educação de quadros, de sua organização segundo horizontes e projetos de classe contrapostos.

Nossas reflexões evidenciam vários desafios para a efetivação do controle social na perspectiva de dar continuidade à Reforma Sanitária Brasileira idealizada na década de 1980, uma vez que propostas privatizantes, assim como a seletividade e a focalização da política de saúde apontam interesses inconciliáveis.

Desse modo, apesar de todas as reflexões que explicitam os limites desses espaços para uma participação efetiva, considera-se que esses mecanismos são importantes para a democratização do espaço público e para a mudança da cultura política brasileira. Tem-se clareza, entretanto, que esse processo é lento e precisa de investimento por parte das entidades e movimento sociais.

O controle social interpretado a partir do conceito de sociedade civil em Gramsci, requer desmistificar a aparente homogeneização desta como portadora de interesses universais, colocando como eixo de análise os antagonismos de classe que a atravessam e que são próprios das relações sociais de produção capitalista.

Referências

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, Campinas, v. 14. n. 01, jun. 2008.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993**: investindo em saúde**.** Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I**. Política social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007. Biblioteca Básica de Serviço Social, v.2.

BRASIL **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dez. de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990; 169° da Independência e 102° da República.

BRASIL. **Norma Operacional Básica de 1991**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL**. Norma Operacional Básica de 1993.** Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. **Relatório Final Preliminar da 13ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 88, p. 00-00, 2006.

BRAVO, M. I. S. Serviço social e saúde: desafios atuais. **Temporalis**, Brasília, v. 1, p. 121-150, 2007.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde e serviço social: impasses e desafios. **Temporalis**, São Luis, nº 13, 2007.

BRAZ, M. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade,** nº. 78. São Paulo: Cortez, 2004.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro, FASE/IBAM, 1995.

CORREA, M.V. C. Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p 138 -147, mai/ago.2003.

CORTES, S. M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde**.** **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, jan/jun. 2002.

DAGNINO. E. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DIAS, E. F. Hegemonia: racionalidade que se faz história. In: **O outro Gramsci.** São Paulo: Xamã, 1996.

DURIGUETTO, Maria Lúcia**. Sociedade civil e democracia: um debate necessário.** São Paulo: Cortez, 2007.

FLEURY, Sonia. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo, Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASIEIRA. Documento. Rio de Janeiro, 2006.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASIEIRA. Manifesto. Brasília, 2005.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares**. Cadernos de Saúde Pública.** V. 20, n. 6. Rio de Janeiro, nov/dez.2004.

GOHN, M. G. Conselhos gestores: participação sócio-política. São Paulo: Cortez, 2001. **(Questões da Nossa Época).**

GRAMSCI, A. **La Política y el Estado Moderno**. Barcelona, Ediciones Península, 1971.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

MARTINS, Carlos Estevan**. O circuito do poder**. São Paulo: Èntrelinhas, 1994

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. Serviço Social e Sociedade**, nº 50, 1996.

Oliveira, Francisco. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperialista**. Petrópolis: Vozes, 1998.

PAIM, J. S. **Desafios da gestão democrática das políticas sociais**. In: Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Ciência e Saúde Coletiva**, nº 12, 2007.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – contradições e desafios em 20 anos de SUS.** (Org) MATTA, Gustavo Correa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

RAICHELIS, R. Assistência Social e esfera pública: os conselhos no exercício do controle social. In **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 56, p. 77-96, 1998.

SADER. E. Para outras democracias. In: Santos, B.S. (org.) **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 649-678.

Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho

Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

Introdução

As abordagens científicas que envolvem o campo da saúde ganham nesse contexto de avanço do capitalismo mundializado, uma maior dimensão nos estudos de enfoques econômicos e sociais. É necessário dimensionar as tensões postas neste campo de estudo, no momento em que a saúde assume características de um bem comercializável, de uma mercadoria. Isto é resultado da forte ingerência da lógica neoliberal que demarca sua ênfase no mercado, na iniciativa privada e na desregulamentação da economia.

Nessa direção, o movimento ininterrupto de acumulação do capital, conjugado às políticas de liberalização, privatização e desregulamentação dos direitos e conquistas sociais, marca um processo de transformações societárias que vem afetando a vida e o trabalho do mundo contemporâneo.

No setor saúde, a imposição da lógica do mercado legitimou a desigualdade no acesso à saúde e constituiu uma ilusória parcela

de consumidores de serviços de saúde. Este novo padrão de intervenção estatal imprimiu inovações no setor saúde que instituíram novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde, tanto públicas quanto privadas.

Ao reduzir o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde como mero investimento que eleva a produtividade e melhora o desempenho econômico, a direção das ações de saúde assume uma conotação distinta do atendimento das necessidades sociais (SILVA, 2006).

É na contramão dessa tendência que se impõe o desafio de analisar e fomentar uma discussão, dentro do amplo e complexo campo da saúde, de um dos eixos centrais no desenvolvimento das ações de um sistema de saúde - a gestão da força de trabalho. Este campo, vem sendo demarcado por um forte processo de desregulamentação do trabalho expressa pela flexibilização e precarização das relações, dos processos e da organização do trabalho.

Na medida em que a saúde passa a ser funcional ao processo de acumulação do capital, é fundamental que os aspectos que envolvam a organização e estruturação da força de trabalho em saúde sejam analisados, reconhecendo as condições estruturais que determinam este modelo de gestão do trabalho adotado e como ele orienta o trabalho no setor saúde.

O setor saúde: as imposições da lógica do capital

No Brasil, em meados da década de sessenta, assiste-se à expansão das relações de produção capitalistas no setor saúde, a partir do crescimento dos grupos de medicina privada, direcionados para tornar o setor saúde rentável ao capital privado. Isto se traduziu em significativas alterações técnicas e físicas no tocante à prestação dos

serviços, implicando um redirecionamento do perfil e do volume de força de trabalho requisitados para este fim. Nesta direção, "os padrões de incorporação de força de trabalho, insumos e tecnologias praticados pelo setor tendem a se ajustar cada vez mais à lógica e a racionalidade da produção capitalista e às necessidades de expansão dos serviços" (MACHADO, 1992, p. 70).

Este período representou uma grande expansão dos serviços de saúde como também a intensificação do processo de capitalização do setor, consolidado por uma rede hospitalar privada lucrativa. Este atrelamento dos serviços de saúde ao capital produtivo vinculado, fundamentalmente, as áreas de equipamentos e medicamentos, impulsionou e solidificou este processo de capitalização da saúde, que teve como fonte de recursos o financiamento estatal (MACHADO, 1992).

A incorporação dessa lógica de lucratividade permite a adoção de condutas terapêuticas que atribuam um custo a determinadas doenças e, por conseguinte, também ao doente. A iniciativa privada, certamente, assume as patologias mais rentáveis associadas aos recursos terapêuticos mais lucrativos.

Nesse sentido, é crescente uma tendência de hipertecnificação da profissão em saúde, em detrimento do contato humano com os usuários e seus familiares. O que se consolidou foi um processo de tecnificação do ato médico que gerou modificações nas formas de organização do trabalho em saúde e na própria natureza do trabalho. As evidências dessas modificações estão presentes na crescente diversificação de sua força de trabalho no setor, a partir do momento que se ampliaram o leque das profissões de saúde e consolidaram-se novas especialidades, principalmente no campo da medicina e odontologia (SOUZA, 1996).

É só a partir dos anos oitenta, com o Movimento da Reforma Sanitária, que se inicia um longo processo de resgate da saúde como bem público e da defesa desta como um direito universal

dos cidadãos. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década, significou um redirecionamento da atenção à saúde no Brasil, ao implantar uma política de saúde que assumiu como princípios fundamentais a universalização do atendimento, a equidade e integralidade nas ações e a participação popular. Adotou como diretriz organizacional a descentralização político-administrativa, representando naquele momento, um avanço em termos de democratização do sistema. Desta forma, o Estado passou a ocupar um lugar de destaque como principal empregador da força de trabalho do setor, principalmente no âmbito municipal (SOUZA, 2008).

O longo processo de construção e efetivação deste Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que foi o marco no campo da Política de Saúde neste período, confronta-se, a partir dos anos noventa, com a expressão mais clara de um projeto de saúde de cunho privatista, articulado aos interesses do mercado. Seria uma reedição da estratégia privatista iniciada na década de sessenta.

Seguindo as orientações do Banco Mundial, que propõe uma agenda também para a saúde, este projeto que defende um "novo" modelo médico assistencial privatista, assume como principais diretrizes: "a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização" (BRAVO, 2002, p. 200). Dentro desta lógica, o Estado assume a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar e a iniciativa privada, é a possibilidade de acesso àqueles que podem consumir conforme as regras do mercado.

Nesse contexto, como diz Behring (2003), impõem-se propostas de deslocamento e refuncionalização do papel do Estado em sua intervenção nas relações sociais. Apresentam-se uma perfeita sintonia e coerência entre as mudanças econômicas, o papel do Estado e o direcionamento das políticas sociais. A orientação das políticas neoliberais seguida pelos organismos internacionais, fundamentalmente o Banco Mundial e o FMI, exigem condições de inserção nesta dinâmica de reestruturação capitalista e mundialização que combinam

atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade. A lógica do mercado é tendência dominante, o Estado desresponsabiliza-se da proteção social, ocupando o espaço da mercantilização e transformação das políticas sociais em negócios (BEHRING, 2003).

Nesse aspecto, merece destaque o papel desempenhado pelo Banco Mundial, que assume a missão de assegurar o ajuste estrutural para os países devedores exigindo a desresponsabilização do Estado da área social. No campo da saúde, impõe uma agenda, um "pacto de saúde pública" para o enfrentamento da pobreza, através da priorização das ações da atenção básica de baixo custo, utilização de força de trabalho desqualificada e desenvolvimento de ações seletivas e focalizadas para os segmentos mais pobres. O governo passa a ter apenas um papel regulador sobre o mercado dos serviços de saúde (CORREIA, 2005, p. 117). Impõe-se uma lógica mercantil no campo da saúde revelando que, na medida em que desresponsabiliza o Estado da execução de serviços, indica-se o repasse de recursos públicos para subsidiar a contratação de serviços terceirizados disponíveis ao mercado da iniciativa privada.

Correia acrescenta ainda que esta mercantilização da saúde, defendida pelos organismos internacionais, se expressa pela autonomização financeira do setor privado, através da expansão dos seguros privados e da prestação de serviços mais rentáveis. A atenção médica passa a ser uma mercadoria submetida às regras da produção capitalista.

> Nesta lógica mercantil, as instituições públicas cumprem o papel de atender à população mais pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que a rede privada se ocupa das áreas mais rentáveis [...] os serviços de média e alta complexidade (CORREIA, 2005, p. 119).

Enfim, como diz Merhy (2007, p. 93), aplicar a agenda do Banco Mundial no campo da saúde significa deixar de considerar

a saúde um bem público, um direito que deve ser assegurado pelo Estado.

A direção dessa reforma implicou em redirecionamentos no campo da saúde trazendo implícitas propostas de *focalização* atendendo às populações mais vulneráveis através de uma cesta de ações básicas para a saúde e um forte incentivo à *privatização*, através do estímulo aos seguros privados, descentralização de serviços e restrições às formas de financiamento. Prevalece um ataque à *universalidade do direito à saúde*, um dos pilares centrais do Sistema Único de Saúde. A ênfase é dada às propostas de parceria com a sociedade bem como, a forte tendência da refilantropização da assistência à saúde. Em suma, é uma proposta de racionalização dos custos do Estado, limitando o acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários do serviço o ônus de custear o sistema (MERHY, 2007)

Sendo uma forte tendência, esta lógica mercantil, revela dois aspectos que expressam as contradições da política privatista imposta ao serviço público de saúde. O primeiro refere-se à incorporação massiva da lógica da rentabilidade e da produtividade no setor saúde. Em que pese as contradições do sistema, a medida da produtividade neste setor não pode ser referenciada apenas no número de atos médicos executados – consultas, internações, exames, intervenções cirúrgicas – pois isto não é suficiente para indicar um padrão de boas condições de saúde para a população.

Como argumenta Singer (1988, p.12), se os serviços de saúde:

> visam 'produzir' saúde, ou seja, fazer com que a saúde da população seja preservada mediante a eliminação da morbidade, o montante de atividade tende a ser um indicador *inverso* do grau em que este objeto está sendo atingido.

Isto significa dizer que, quanto mais saudável estiver a população, será menor a necessidade de serviços de saúde e que sua

produtividade e rentabilidade não corresponderá ao montante de trabalho despendido, pois não se pode medir a rentabilidade, neste setor, pelo número de vacinas aplicadas, mas sim avaliar sua produção pela redução da incidência de doenças. A medida para avaliar a rentabilidade no serviço de saúde não pode ter como base a maximização de serviços, mas sim a qualidade, a eficácia e o alcance sócio-político das ações prestadas.

É importante ter como parâmetro que:

> no setor saúde, a eficácia não é entendida como a maximização dos lucros, mas sim como a busca pela maior resolutividade dos serviços, expressa em maior cobertura, maior satisfação do usuário, ou ainda em redução dos padrões de morbimortalidade (MEDICI, 1989, p. 124).

Seguindo esta argumentação, o serviço de saúde, principalmente se estiver vinculado à esfera pública, não comporta a mesma racionalidade de uma empresa, e a forma mais racional de alocação de recursos nem sempre corresponde àquela que expressa menor custo (SOUZA, 1996).

Outro aspecto que evidencia a lógica mercantil diz respeito à priorização da atenção básica aos grupos mais vulneráveis e pauperizados. As indicações do perfil epidemiológico brasileiro apontam como principal causa de mortes no Brasil as doenças do aparelho circulatório (32,4%), as causas externas (14,9%), as doenças do aparelho respiratório (11,6%) e as doenças infecciosas e parasitárias (6,2%) (CORREIA apud BARROS; PORTO, 2002, p. 19). Um perfil de morbimortalidade que atinge indistintamente ricos e pobres e que exige um complexo de ações que envolvem tanto intervenções preventivas e curativas, como recursos mais sofisticados de análise e diagnóstico. Pressupor que as doenças infecto-contagiosas predominam na população pobre e que, por outro lado, as crônico-degenerativas atingem os mais ricos é uma

avaliação equivocada, pois os grupos mais pauperizados e vulneráveis estão mais expostos a incidência de todos os agravos à saúde (RIZZOTTO, 2000, p. 243-244).

Esta tendência privatista compromete as diretrizes de organização e gestão do SUS, na medida em que sugere um outro patamar de integralidade, eqüidade e descentralização. Fragiliza o seu caráter de universalidade quando constitui dois sistemas, um SUS para os pobres e outro para os consumidores do mercado. Instala-se com isto uma reedição de um sistema de saúde pública de parcos recursos para atender de forma precária aos não consumidores do mercado. Institui-se uma medicina pobre para os pobres.

Diante de todo esse contexto o que presenciamos é uma falência do setor público de saúde, com um funcionamento precário predominando ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora um atendimento massivo com pouca resolutividade, não atendendo as demandas da população.

O crescente obstáculo contra a efetivação de um sistema de saúde público, vem sendo representado pela manifestação de interesses corporativos do empresariado da saúde que tornaram hoje a saúde um campo fértil para a privatização e obtenção de lucro.

Na contra mão desse projeto resiste o Projeto da Reforma Sanitária, que avançou bastante nos anos oitenta e que, a cada dia vem confrontando-se com os intempestivos ataques da ordem neoliberal no campo da saúde. Este projeto tem mantido uma resistência através de suas instâncias de controle social como o Conselho Nacional de Saúde e as Conferências de Saúde que, ao longo dos anos noventa e inicio do ano 2000, travaram verdadeiros embates com os opositores do SUS, na tentativa incessante de reverter os danos maléficos produzidos pelas reformas neo-privatistas.

A expansão desta lógica mercantil compromete frontalmente a organização e estruturação do trabalho em saúde como explicitaremos a seguir.

A desregulamentação do trabalho no setor saúde

Os argumentos apresentados anteriormente indicam que o atual contexto expressa a implantação de um projeto societário que defende um liberalismo monetarista, fundando uma nova ordem burguesa, tendo como eixo central um Estado diminuído em sua base social, mas eficaz para atender às necessidades do capital.

É dentro deste aspecto que merece destaque o processo reformador instituído pelo Estado brasileiro através do Plano Diretor de Reforma do Estado a partir dos anos noventa, mais precisamente no período de 1994-1998. Um projeto de reforma que tem fortes impactos no setor saúde.

Os primeiros anos da década de noventa é palco de uma reforma orientada por uma concepção de um Estado moderno que desempenhe o "papel econômico fundamental de institucionalizar os mercados, e, mais amplamente, de promover o desenvolvimento econômico do país e a segurança econômica de cada um de seus cidadãos" (BRESSER-PEREIRA, 2004, p. 3).

Nesta proposta está subjacente uma necessária redução das áreas de inserção do Estado como gestor de políticas públicas, seja através da privatização ou da criação de organizações públicas não-estatais que, segundo Bresser-Pereira (1995, p. 2), "são organizações voltadas para o interesse público, que não visam o lucro nem agem exclusivamente segundo os critérios do mercado". E ainda acrescenta que, estas organizações são "especialmente necessárias nas áreas de educação, da saúde, da cultura, das obras sociais e da proteção ao meio ambiente" (BRESSER-PEREIRA, 1995, p. 2). Implantam-se novas diretrizes para a esfera administrativa do Estado atendendo desta forma aos interesses das agências financiadoras internacionais.

O Estado brasileiro assume um modelo gerencial afinado com a perspectiva neoliberal, respondendo a um modelo de administração

pública que atende em duas direções: a negação da luta democrática no âmbito do aparato estatal e a flexibilidade necessária para atender as exigências do capital nas suas urgentes e mutantes necessidades (SANTOS, 2005).

Nesse sentido, essa perspectiva gerencial adequou a estrutura estatal ao modelo apropriado ao mercado privado, principalmente no que se refere à desregulamentação do trabalho.

Confrontando-se com essa forte tendência, o SUS, ao longo de sua implantação, vem enfrentando um conjunto de problemas que se constituem em entraves a sua consolidação, tais como: recursos financeiros insuficientes e gastos mal racionalizados, pouca participação dos estados no financiamento, deficiência quali-quantitativa de recursos humanos, baixa resolutividade nas ações, limitações no acesso aos serviços e a precarização das relações de trabalho (BRASIL, 2003).

Dentre esses aspectos, podemos apontar uma questão extremamente complexa, que integra a gestão do trabalho, que é a *desregulamentação do trabalho na saúde,* que se expressa nos processos de flexibilização e precarização das relações, dos processos e da organização do trabalho.

Respondendo as exigências de uma política privatista, o sistema público de saúde brasileiro, tradicionalmente, tem tangenciado as problemáticas que envolvem os trabalhadores de saúde. Em que pese o setor saúde ter a particularidade de utilizar de forma intensa o fator trabalho, esta centralidade não tem se convertido em políticas de gestão do trabalho que respondam as exigências de uma atuação qualificada para a prestação dos serviços a partir de condições e relações de trabalho dignas.

Atualmente evidencia-se um processo de desregulamentação do trabalho que se expressa pela crescente flexibilização das relações de trabalho empreendida pela Reforma Administrativa do Estado brasileiro, que a partir de 1994 incorpora as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na economia mundial. É

resultado de um processo de desregulamentação do trabalho que está ancorado na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e dos padrões de consumo determinados pela nova ordem do capital.

A rigor, o que predomina é uma tendência de evolução convergente entre o setor industrial e o de serviços, de forma que atenda aos interesses do mercado. Como afirma Zarifian (2001), o setor industrial descobre e incorpora a noção de "serviço", o setor dos serviços industrializa seus modos de funcionamento. Neste sentido, sintonizam uma lógica racionalizadora que se espraia para as diferentes atividades caracterizadas de serviços. Impõe-se, deste modo uma tendência gerencial de adequar à estrutura do setor público ao modelo exigido no mercado privado.

Dessa forma, o setor saúde passa a incorporar como estratégia gerencial a desregulamentação do trabalho, através da redução dos gastos com a força de trabalho pelo mecanismo do desemprego ou pela redução dos encargos com o trabalho formal.

A Reforma Administrativa investiu-se de um arcabouço jurídico-legal com forte impacto sobre a força de trabalho, permitindo uma ampla flexibilização das relações de trabalho tanto no serviço privado quanto no público e atingindo frontalmente os serviços de saúde.

Podemos destacar a Lei das Cooperativas (Lei nº 8949/94) que possibilitou a organização de trabalhadores para prestação de serviços dentro de uma empresa sem caracterizar vínculo empregatício, mas também sem direitos trabalhistas, como 13º salário, férias, descanso semanal e previdência social. No setor saúde houve uma expansão de cooperativas que congregavam determinadas especialidades médicas, a exemplo dos anestesistas, com as quais o gestor público passou a firmar contratos de prestação de serviços. A Lei do Contrato Temporário (Lei nº 9601/98 e decreto nº2490), que flexibiliza a relação trabalhista através da possibilidade

de contratação por tempo determinado, com redução dos encargos sociais, da contribuição do FGTS e da multa por rescisão de contrato, também teve sua expressão no setor público reduzindo os custos com a dispensa de força de trabalho..

A Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, tem repercussões diretas no serviço público, ordenando a flexibilização das relações de trabalho. Através da adoção de regimes jurídicos diferentes, flexibiliza as formas de licitação e contratos, reduz os custos com a força de trabalho retirando direitos dos trabalhadores e permite a quebra da estabilidade (KREIN; OLIVEIRA, 1999). Institui-se para o serviço público um estatuto flexível do trabalho, compatível com o setor privado da economia.

Este aparato legal tem desdobramentos distintos respeitando as especificidades de cada atividade econômica, mas mantendo uma unidade no que se refere à expansão da desregulamentação do trabalho no Brasil e fomentando sua condição de precariedade.

No tocante aos serviços públicos de saúde, segundo as análises de Rizzotto (2000, p. 163), ocorre uma *flexibilização do SUS* que envolve questões como a redefinição do papel do Estado na gestão do sistema, a imposição de uma "cesta básica" de serviços, a limitação de acesso a serviços de maior complexidade, o favorecimento do setor privado e a criação de agências que assumem o papel regulador do Estado.

As conseqüências desta flexibilização recaem efetivamente sobre a força de trabalho através da incorporação da flexibilidade nos processos de trabalho, no mercado e na regulação das relações de trabalho. A flexibilização deixa de ser uma tendência e se incorpora às atuais formas de gestão do trabalho. A flexibilização passa a ser condição determinante do trabalho precário no atual contexto, atingindo os diferentes ramos da atividade econômica.

Partindo da premissa de que a flexibilização responde a uma suposta alternativa para enfrentar o desemprego no setor privado da

economia, esta mesma flexibilização insere-se nos serviços públicos como estratégia de contenção de gastos e ajustes nas contas dos cofres públicos. Não foi a escassez de emprego que conduziu à flexibilização nos serviços públicos, mas sim a forma de gestão do trabalho empreendida no setor a partir dos anos de 1990.

Para a força de trabalho no setor de saúde pública, a proposta de reformas em torno da flexibilização da gestão do trabalho representou novas modalidades de relações de trabalho que tem como base os contratos flexibilizados. Ao longo dos anos de 1990, a gestão do trabalho no SUS evidenciou a desestruturação e desregulamentação do trabalho quando constatamos que no período entre 1990-1999, o governo federal promove uma drástica redução de seus postos de trabalho, chegando a quase um milhão (CORREIA apud COSTA, 2005, p. 141). Neste montante também se incluem postos de trabalho do setor saúde, que passam a ser absorvidos pela instância municipal.

Nesse contexto, também se evidenciam no serviço público as alternativas de demissões de trabalhadores não estáveis, os programas de demissão voluntária, a extinção de órgãos e a privatização de estatais, associada ao Plano de Reforma Administrativa, que reduz a força de trabalho no setor público federal. A flexibilização é assumida como estratégia não para enfrentar supostamente o desemprego, mas para dispensar força de trabalho, promovendo o desemprego no serviço público e integrar ao setor uma força de trabalho menos onerosa. Isto, associado ao ajuste de contas e contenção de gastos, tanto atinge a força de trabalho do setor, como a prestação de serviços que passam a orientar-se pela seletividade e focalização das problemáticas sociais.

Está estratégia de *desregulamentação do trabalho* no setor público de saúde deve ser analisada considerando algumas particularidades. Primeiro, as investidas de desemprego neste setor atingiram mais os postos de trabalho no nível federal, que foi revertida pelo crescimento dos postos de trabalho na esfera municipal. Por outro

lado, são evidentes na conformação desses novos postos, a flexibilização das relações de trabalho, através da desregulamentação dos contratos de trabalho e desmonte do arcabouço jurídico protetor dos direitos trabalhistas. A rigor, uma desregulamentação não atingida frontalmente pelo desemprego, mas pela precarização das relações e condições de trabalho, no momento em que se evidencia o incremento do múltiplo emprego, de empregos parciais, de uma relativa queda salarial, principalmente para os trabalhadores de atividades-fins, e da fragmentação no processo de trabalho (BARALDI, 2005).

Uma segunda particularidade é que o setor saúde apresenta um dos melhores perfis de qualificação profissional dentre as ocupações, que responde aos mecanismos de proteção legal ao exercício das profissões e das exigências técnicas requeridas pelos conselhos profissionais. Isto é expresso pelo índice positivo indicado no final da década de 1990, quando atingiu 72,1% de formalização do trabalho (SILVA, 2006). A composição desta força de trabalho mostra índices significativos de alta escolaridade e prevalência de uma faixa etária superior aos 25 anos, resultado do peso institucional das regulamentações das profissões que exigem maior nível de escolaridade. Entretanto, esta formalização nem sempre assegura relações de trabalho favoráveis, em virtude do crescimento de contratos flexíveis firmados com cooperativas de trabalho e/ou associações que, ao tempo que promovem elevação salarial oferecem baixa proteção social.

É importante destacar ainda, que a naturalização do múltiplo emprego neste setor, frente à possibilidade de exercício autônomo de algumas profissões, contribui para a intensificação da jornada de trabalho na busca da melhoria do padrão salarial. Segundo o DIEESE (2006), num estudo realizado para demonstrar o Perfil do Trabalhador de Saúde de Seis Capitais Brasileiras, os trabalhadores de saúde estão mais propensos a acumular mais postos de trabalho. Os dados indicam que mais de 10% dos ocupados

no setor estende sua jornada de trabalho e chegam a acumular semanalmente 58 horas de trabalho. Vivenciam a intensificação da jornada de trabalho que, associada à vulnerabilidade dos contratos, apresentam os primeiros indicativos da precarização do trabalho neste setor.

É possível constatar uma tendência predominante da gestão do trabalho no SUS que, expande o mercado de trabalho e ações de saúde, agregando diferentes modalidades de contratações com diferentes vínculos, com o agravante de não primar pela realização de concurso público para ingresso desta força de trabalho. Seguindo esta estratégia o setor passa a integrar trabalhadores com vínculos de estatutário, celetista, contratos temporários, bolsa salário, cargos comissionados e a terceirização através de cooperativas, associação de moradores, entre outros.

Configura-se a emergência de um quadro de pessoal paralelo, que, motivado por diferenciais de remuneração e gratificações, amplia as possibilidades de mercado de trabalho e garante a continuidade dos serviços.

Segundo Baraldi (2005), a expansão de ações básicas de baixo custo, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), passa a congregar o modelo assistencial de saúde que irá incorporar, de forma significativa, uma força de trabalho com esta nova conformação trabalhista. No "setor público de saúde, o índice de contratos flexíveis chegou a representar cerca de 90% dos integrantes de equipes de projetos essenciais para a gestão do SUS" (BARALDI, 2005, p. 13).

Nesta direção, o serviço público de saúde municipal, ao tempo que incorpora força de trabalho, expande o estatuto precário do trabalho na saúde.

A partir desses argumentos, podemos indicar inicialmente que as condições de precariedade do trabalho em saúde se manifestam

em dois níveis: pela presença de vínculos precários de trabalho que atinge a todos os trabalhadores do setor nos três níveis de atenção e, pela ausência de condições objetivas e subjetivas de trabalho que, entre outras coisas, conduzem os trabalhadores à intensificação da jornada de trabalho, na perspectiva de um melhor padrão salarial. Uma particularidade nociva do trabalho em saúde e que se expressa pelo adoecimento precoce dos trabalhadores.

Ao responder às exigências contemporâneas da gestão do trabalho no campo da administração pública, o setor saúde vivencia a retração do quadro de pessoal permanente nas organizações públicas. Isto tem repercussões graves como, a perda da memória institucional, o comprometimento da continuidade de ações que são estruturantes para o sistema público de saúde e, principalmente, a perda da qualidade na prestação dos serviços.

Para a força de trabalho vinculada ao sistema público de saúde, o processo de desregulamentação do trabalho implicou na submissão a vínculos trabalhistas que, por um lado, podem significar um aumento imediato de sua renda monetária, como é o caso de alguns trabalhadores com formação de nível superior vinculados ao Saúde da Família. Por outro lado, esta desregulamentação tem instituído o trabalho informal e não bem remunerado, a exemplo dos agentes comunitários de saúde, também vinculados ao Saúde da Família.

Os argumentos apresentados conjugam algumas particularidades e especificidades das relações de trabalho estabelecidas no SUS e apresentam-se como indicativos para identificar as diferentes faces da desregulamentação do trabalho na saúde e perceber a complexidade dos elementos que envolvem a precarização do trabalho neste setor.

Existe uma particularidade e esta precisa ser desvendada e indicar as tendências da precarização do trabalho no serviço público de saúde é o primeiro passo.

Trabalho em saúde: as particularidades da sua precarização

A atenção à saúde, hoje, esta longe de se constituiu num espaço privilegiado e exclusivo de uma única abordagem terapêutica. Muito pelo contrario, o campo da saúde reflete uma grande diversidade de ocupações profissionais, decorrente da crescente fragmentação dos processos terapêuticos que exigem, a cada dia, condutas diferenciadas e articuladas para promover, prevenir, tratar e recuperar a saúde dos indivíduos.

Seguindo essa tendência os serviços de saúde têm a peculiaridade de aglutinar uma diversidade de atividades e funções para dar conta da crescente complexidade do trabalho em saúde, que exige uma força de trabalho diversificada, atendendo a um leque de especialidades cada vez mais qualificadas. É um trabalho que se caracterizou por uma rotinização, parcelamento e fragmentação de tarefas e, ao mesmo tempo, convive com o crescimento das especialidades.

Dessa forma, a atenção à saúde é uma atividade complexa que mantem seu caráter de intensiva e crescente utilização de força de trabalho com perfil de significativa especialização. Esta atividade exige a atuação de diversos agentes que agregam diferentes formas de organização do processo de trabalho, de uso de tecnologias, de espaços e ambientes de trabalho e de formas de interação com os usuários.

Analisar o trabalho em saúde inserido no processo de desregulamentação do trabalho exige explicitar as peculiaridades desta atividade e, de forma particular, quais os indicativos de precarização incorporados as suas ações neste momento de desvalorização do trabalho humano.

Sendo uma atividade que tem a peculiaridade de utilizar de forma intensiva o fator trabalho, a associação de formas flexíveis de agregar força de trabalho exige certa cautela. Como afirma Silva

(2006, p. 12), "os instrumentos de diagnóstico e terapia e os novos processos de organização do trabalho, ao invés de economizar mão-de-obra, traduzem-se em maiores exigências de qualificação". Isto significa que, no setor saúde, o incremento de novas tecnologias não implica em substituição dos processos em uso, mas no acúmulo de novos e antigos mecanismos, indicando que, diferentemente de outros setores da atividade econômica, a inovação tecnológica não suprime o uso da força de trabalho.

A despeito dos avanços técnico-científicos, o trabalho humano continua sendo imprescindível para a realização das ações de saúde, é um elemento central. A força de trabalho na saúde assume uma dimensão particular por ela ter a potencialidade de direcionar, de forma significativa, a condução das ações de saúde, podendo interferir no resultado da prestação dos serviços.

> Pois sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem incorporar todas as sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para produção de procederes eficazes a serviço do usuário e de seu problema (MERHY, 1997, p. 126).

A força de trabalho neste campo assume uma centralidade que se expressa como diz Merhy, na particularidade desta ação interventora lançar mão do que de melhor a tecnologia em saúde nos fornece – "que é o nosso saber, o nosso conhecimento e o nosso trabalho em ato (o exercício do nosso autogoverno)"(MERHY,1997, p. 126) pois é uma das formas de aprimorar e qualificar o trabalho em saúde, permitindo uma interação com os usuários, no sentido de contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento.

Nesse sentido, o trabalho em saúde ocorre a partir de uma intensa interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador de saúde e os usuários do

serviço. Certamente, essa interação é determinada pelas condições objetivas e subjetivas de trabalho que podem facilitar ou dificultar os resultados da prestação dos serviços. Desta forma, "a disponibilidade das condições materiais necessárias ao desenvolvimento do trabalho, constituem-se em elemento fundamental para a consecução dos objetivos do serviço de saúde, com intensas repercussões na relação como usuário" (FARIAS, 2005, p. 27).

Como vimos, este trabalho apresenta as peculiaridades compatíveis com as atividades do setor serviços como, a simultaneidade entre produção e consumo e a interatividade na prestação do serviço que envolve elementos subjetivos no momento em que o usuário é co-participante do processo de trabalho (SILVA, 2006; MEIRELLES, 2006).

Um elemento fundamental que também particulariza o trabalho em saúde é evidenciado nos estudos de Friedrich (2005) e Pires (1999), indicando que

> O trabalho em saúde é um trabalho da esfera da produção não- material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (PIRES, 1999, p. 29).

Diferentemente dos processos produtivos industriais, em que os insumos são previsíveis e os processos assumem caráter repetitivo, as atividades no campo da saúde assumem características particulares em que os insumos e o processo de trabalho são dinâmicos, permitem uma relação de troca que envolve um significativo teor de subjetividade. De fato, a prestação do serviço de saúde esta fundada numa relação interpessoal de tal modo que o usuário é co-participante do processo. É fundamental esta percepção, esta acuidade, "o olho clínico que percebe coisas não objetivas e que pode gerar, em

função dessa subjetividade, uma dezena de exames complementares" (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999, p. 4), bem como, a interface de uma atenção multidisciplinar, para dar conta do complexo processo saúde-doença.

Zarifian (2001, p. 105) acrescenta que "quando uma doença é cuidada e debelada, ela transforma as condições de atividade do paciente" e que os efeitos desta ação devem ser ponderados, pois "o serviço prestado não é o tratamento médico, é a saúde recobrada [...]. O serviço é o efeito, o resultado, nas condições de exercício da atividade" (ZARIFIAN, 2001, p. 105).

Esses elementos denotam um aspecto fundamental para este estudo, a condicionalidade da ação de saúde determinada pelo trabalho humano. Entretanto, ao tempo que se reafirma a centralidade do trabalho humano no campo da saúde, também se presencia um processo de desvalorização do trabalho e do trabalhador nesta atividade.

A incorporação da lógica mercantil na saúde acaba por induzir uma desvalorização do trabalho humano, em detrimento de investimentos em insumos tecnológicos. Produziu-se um aviltamento do trabalho humano, como afirma Gilson Carvalho (2009, p. 2),

> A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependente de novos 'especialistas', de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros. Vários novos equipamentos, com nova tecnologia, não 'aposentaram' os antigos recursos tecnológicos. [...]. Cada vez mais caros e onerando abusivamente seus usuários. De outro lado, o trabalho humano da atenção, da escuta, do atendimento, cada vez mais aviltado em valor, remuneração e prestígio. Por conseguinte, desvalorizado e desinteressante.

A rigor, o que se afirma é que quanto mais tecnologia se incorpora às intervenções em saúde, lançando mão de equipamentos sofisticados que atendam a lógica da maximização da lucratividade, mais desvalorizado fica o trabalho humano, da escuta, do atendimento personalizado, da interação entre quem adoece e quem cuida. Neste sentido, podemos considerar o uso da ciência e da tecnologia, também no setor saúde, "como expressão do processo de desvalorização da força de trabalho" (AMARAL, 2008, p. 48)

Como alerta Carvalho (2009), existe uma nova lógica mercantil na saúde de incorporação desregulada de equipamentos, medicamentos, procedimentos e especialidades de saúde que importam hoje em grandes somas de lucratividade. Seguindo esta tendência a força de trabalho no setor enfrenta a degradação e a desvalorização de sua atividade.

Apesar de assumir uma centralidade nas ações de saúde, o trabalho humano, tem sofrido as repercussões desta lógica que conduz a força viva de trabalho a uma condição de precariedade. Ela também é determinada por um processo que precariza a totalidade do viver social, como diz Vasapollo (2006, p. 45), e que institui uma nova organização capitalista do trabalho caracterizada cada vez mais pela precariedade, pela flexibilização e desregulamentação do mundo dos assalariados.

A força de trabalho em saúde tem a evidência da sua desvalorização traduzida pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa através de problemas como: a desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho, pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a rotatividade e/ou inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários.

Atualmente, essa condição é agravada pela implantação de diferentes modalidades de contratações da força de trabalho no serviço de saúde. São medidas 'flexibilizadoras' que modificaram "as condições de uso da força de trabalho, de sua remuneração, de sua proteção , assim como em suas estruturas de representação – sindicatos e justiça do trabalho" (SANTOS, 2007, p. 35).

A condição de precarização do trabalho em saúde, não esta restrita à diversidade de vínculos, principalmente no serviço publico, mas também às condições objetivas e subjetivas de trabalho a que está exposta esta força de trabalho.

Um aspecto fundamental que deve ser considerado nesta discussão é o entendimento de trabalho precário que orienta a administração pública, que está relacionado à ocorrência de uma infração legal. Neste sentido, o trabalho precário decorre da criação de um vínculo trabalhista irregular, que passa pela ausência de concurso público.

Sendo assim, o parâmetro para caracterizar o "trabalho precário" no setor público é estabelecido a partir do

> aparecimento de situações de trabalho na administração pública que têm déficit de proteção social [...] decorre da criação de um vínculo irregular de trabalho pelos gestores públicos. [...] decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública [...]. Com isso queremos dizer que o que denomina "trabalho precário" no setor público surge não de um déficit de proteção social propriamente dito, mas de um ato administrativo que contraria frontalmente o princípio da legalidade (NOGUEIRA et. al, 2004, p. 90)

A partir dessa interpretação podemos admitir que o ingresso no serviço público através do concurso anula e supera a condição de precariedade do trabalho no setor público de saúde. É um

equivoco atribuir, exclusivamente, a precarização do trabalho em saúde às relações de trabalho irregulares e inseguras. É uma compreensão restrita que a partir do ingresso no serviço público via concurso público anularia a condição de precarização do trabalho atribuída a ele. Desta forma, estamos desconsiderando as complexas determinações que envolvem o trabalho em saúde.

Nesse caso, questionamos como pode a precarização do trabalho no serviço público de saúde restringir-se apenas à forma de ingresso, ao vínculo legal e regulamentado do trabalhador? Num contexto em que o Estado, para responder às exigências do capital mundializado, além de flexibilizar as relações de trabalho, incorpora uma lógica lucrativa para atender às tendências de gestão empreendedora de ajuste nos gastos públicos. Ainda como estratégica de gestão, fragmenta e focaliza os serviços de saúde assumindo as ações de baixo custo e deixando ao mercado as ações mais lucrativas. Neste contexto, o trabalho em saúde enfrenta não só uma desregulamentação das relações e condições de trabalho, mas uma desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e os usuários do serviço.

Dessa forma, é questionável que a regularização dos vínculos de trabalho supere a condição de precarização do trabalho na saúde. A questão do vínculo é apenas a "ponta do iceberg" das problemáticas que envolvem a gestão da força de trabalho nos serviços de saúde, isto envolve também o papel do Estado na administração e controle sobre a força de trabalho.

A desregulamentação do trabalho no setor saúde é bem mais complexa e isso pode ser evidenciado pela expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família, a partir dos anos noventa, que representa o caso mais emblemático da precarização do trabalho no setor saúde. Este programa assume a estratégia governamental de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, imprime uma nova dinâmica com a expansão das ações no âmbito municipal e também a demanda por força de trabalho no setor.

Esta atividade é a expressão concreta da desregulamentação do trabalho quando impõe fragilidade nas modalidades de contratação, alta rotatividade da força de trabalho, insatisfação profissional, condições de trabalho degradantes e desmobilização sindical. Sem esquecer das condições de vulnerabilidade e desproteção do trabalho peculiares ao trabalho no setor saúde (SOUZA, 2007).

A Estratégia Saúde da Família passa a assumir uma centralidade na discussão da desregulamentação do trabalho no serviço de saúde por expressar os efeitos de uma "nova" gestão do trabalho que demonstra os indicativos de extrema precarização do trabalho no SUS.

Considerações finais

Os argumentos apresentados neste estudo, embora de forma preliminar, permitem orientar uma discussão crítica e fecunda sobre as contradições presentes na gestão do trabalho no âmbito do SUS. As alternativas de superação da precarização do trabalho neste setor envolvem um complexo de determinações, mas é necessário enfrentar a problemática e direcionar as ações de forma que os trabalhadores envolvidos seja um sujeito central nesta discussão. Discutir e analisar as particularidades da desregulamentação do trabalho no serviço de saúde permitirá desvendar as reais conseqüências da atual gestão do trabalho no serviço público de saúde e de forma específica, o seu comprometimento para a consolidação de um sistema de saúde universal, gratuito e de qualidade.

Referências

_______________. A desregulamentação das relações de trabalho no setor píblico de saúde: as expressões da flexibilização e precarização do trabalho no Saúde da Família. In: **ANAIS do XII Congresso Brasileiro de Serviço Social**, Foz do Iguaçu, 2007.

_______________. Trabalho em saúde: as expressões de flexibilização e precarização nos serviços públicos. **ANAIS do 19ª Conferência Mundial de Serviço Social**. Salvador, 2008

AMARAL, A. S. Da centralidade do trabalho vivo à valorização do conhecimento no capitalismo contemporâneo.VIEIRA, A.; AMARAL, M.V. **Trabalho e direitos sociais:** bases para discussão. Maceió: EDUFAL, 2008.

BARALDI, S. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho:** antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem. São Paulo, 2005. 169f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005

BEHRING, E. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS - 15 anos de implantação**: desafios e propostas para sua consolidação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRAVO, M. I. S; MATOS,M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal; In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, 2002. p.197-215.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **A reforma do Estado.** Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br> Acesso em: 24 out. 2005.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Instituições, bom Estado, e reforma da gestão públic**a, Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br> Acesso em: 24 out. 2005.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. e. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. **VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho** – ABET, 1999. Disponível em: <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/vienc/ST9B.doc> Acesso em 12 fev. 2007.

CARVALHO, G. **Saúde**: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/eventos/jornada_2005/Apres_04_Gilson.pdf> Acesso em: 25 jul. 2009.

CORREIA, M.V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira:** mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Recife, 2005. Tese de Doutorado em Serviço Social/UFPE, 2005.

DIEESE. Nota Técnica – **O Trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras,** nº 33, set/2006. Disponível em <http//:www.dieese.org.br/notatecnica/notatec33saude.pdf> Acesso em 19 abr 2007.

FARIAS, A.F.M.R. Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família de Campina Grande. Dissertação de Mestrado/UEPB, 2005.

FRIEDRICH. D. B. de C. **O trabalho em saúde:** focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora. Rio de Janeiro, 2005. 151f. Tese (doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ, 2005.

KREIN, J. D.; OLIVEIRA, M. A. de. Mudanças institucionais e relações de trabalho: as iniciativas do governo FHC no período 1995-1998. **VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho** – ABET, 1999. Disponível em: http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/vienc/ST9B.doc . Acesso em 12 Fev. 2007.

MACHADO, M. H. et. al. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MEDICI, A. C. Força de trabalho e produção de serviços de saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 119-143, jan. 1989.

MEIRELLES. D. S. O conceito de serviços. **Revista de Economia Política**, vol. 26, nº 1(101), janeiro-março/2006.

MERHY, E E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalhoem saúde(um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. **In: FLEURY, S (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES.** São Paulo. Lemos Editorial, 1997.

MERHY, E E; FRANCO, T.B. Programa saúde da família(PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecno-assistencial. **MERHY, E E. et. Al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo, Editora Hucitec, 2007.

NOGUEIRA, R P.; BARALDI, S; RODRIGUES,V de A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**, estudos e análises. Volume 2, Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=51 Acesso em 31/05/05

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. **LEOPARDI, M.T. et al. Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade, Florianópolis, Ed. Papa-livros, 1999.

RIZZOTTO, M. L.. F. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SANTOS, A. L. **O conflito nas relações de trabalho no contexto da flexibilização e reforma do Estado:** a terceirização às avessas. Dissertação de Mestrado/Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, M. de J. S. **Aspectos da desconstrução da reforma democrática do Estado:** perspectiva gerencial e precarização do trabalho. Dissertação de Mestrado/Universidade de Brasília, 2005.

SILVA, Luiz Marcos de O. **Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro**. Campinas, 2006, 128f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SINGER, P. **Prevenir e curar:** o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1988.

SOUZA, M.A.S.L. **Condições de trabalho:** o fazer-se reivindicação trabalhista. Dissertação de Mestrado/UFPE. Recife, 1996.

VASAPOLLO, L. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, Ricardo(org) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006.

ZARIFIAN, P.Valor, organização e competência na produção de serviço. In: SALERNO, Mario Sérgio. **Relação de serviço**, São Paulo: Senac, 2001.

Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB

Kathleen Elane Leal Vasconcelos
Thaísa Simplício Carneiro

Introdução

A estratégia Saúde da Família (SF), implantada pelo Ministério da Saúde desde 1994, constitui-se atualmente em um dos pilares da saúde pública brasileira, tendo como objetivo reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção básica. Propõe que o trabalho das equipes se paute no paradigma da produção social da saúde e na prática sanitária da vigilância da saúde. Esta tem como eixos, além da atenção curativa, a prevenção e a promoção da saúde, sendo estas últimas consideradas fundamentais para o processo de reversão do modelo de atenção à saúde. Este artigo - que resulta de pesquisas desenvolvidas através do Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Estadual da Paraíba, cotas 2006/20007 e 2007/2008 – visa analisar como os(as) profissionais da Saúde da Família de Campina Grande/PB avaliam sua implementação no município, procurando também verificar se a prática sanitária da vigilância da saúde vem sendo efetivada no cotidiano do trabalho das equipes; conhecer os impactos da SF nas comunidades

atendidas a partir da visão dos(as) profissionais; identificar os desafios para a sua implementação. Desse modo, pautado numa abordagem qualitativa, este estudo utilizou-se, para coleta de dados, da pesquisa documental e da entrevista semi-estruturada (gravada). A pesquisa de campo foi dividida em duas fases: a primeira teve como sujeitos os(as) profissionais de nível superior que atuam na SF de Campina Grande; a segunda priorizou os(as) agentes comunitários de saúde. Para a análise dos dados, lançou-se mão da análise de conteúdo. Na avaliação dos(as) profissionais entrevistados(as), a SF traz importantes impactos para a população atendida, concretizando alguns princípios apregoados pelo SUS/SF. Entre os avanços, destacam-se a melhoria nos indicadores de morbi-mortalidade, a diminuição de internações hospitalares, a melhoria do acesso aos serviços, a humanização da assistência, a construção do vínculo entre profissionais e população. Não obstante, os depoimentos indicam que, embora a principal justificativa para a adoção da estratégia seja a reorganização do SUS, constata-se apenas a ampliação do acesso da população à atenção básica: os demais níveis prosseguem deficitários e a continuidade da atenção é comprometida. Sinalizam também que a intersetorialidade é algo ainda muito frágil no município; o controle social enfrenta grandes desafios em sua efetivação; ocorre escassez e inadequação de insumos, de medicação e aviltamento das condições de trabalho. As falas também indicam que, nos últimos anos, apesar da expansão da quantidade de equipes, a SF de Campina Grande, em lugar de avançar na concretização dos princípios do SUS, vem sofrendo diversos retrocessos em termos das características históricas de referência que tinha em nível nacional. Além disso, verifica-se que, apesar da expansão do número de equipes, a estratégia parece estar assumindo feições de "cesta básica de saúde", diante do insuficiente investimento na qualificação da mesma em nível municipal. Conclui-se, portanto, que a simples ampliação quantitativa da estratégia não garante a transformação da organização dos serviços sob a perspectiva do paradigma da produção social da saúde, nem tampouco a qualidade necessária para responder às necessidades de saúde da população.

Breve incursão nos modelos de atenção à saúde no Brasil

No sentido de compreender melhor as proposições da estratégia Saúde da Família, é importante refletirmos sobre os modelos de atenção à saúde[1] que vêm sendo adotados ao longo da história do país.

Paim (1999) considera que, desde o início do século XX, convivem, no Brasil, de forma contraditória ou complementar, dois modelos assistenciais: o médico-assistencial privatista e o "sanitarista".

O primeiro se baseia no paradigma flexneriano e se caracteriza por estar centrado na doença, tendo a rede de serviços de saúde, com ênfase no hospital, como sua forma de organização principal (GUIMARÃES, 2006). Conforme destaca Paim (1999), o modelo supracitado está voltado para a chamada "demanda espontânea", reforçando a atitude de indivíduos só procurarem os serviços de saúde quando estão doentes. "É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta" (PAIM, 1999, p. 477).

Deste modo, a prática sanitária adotada é o da *atenção médica* (MENDES, 1996), que se caracteriza pela ênfase na abordagem *individual*, *curativa* e por ter como sujeito central o profissional *médico* (os demais profissionais de saúde são tidos como *paramédicos)*.

1 É importante sinalizar que a conceituação de modelo assistencial é algo complexo, com diferentes conotações. Adotamos a compreensão de Souza (2001, p. 57, grifo da autora), segundo a qual "um modelo assistencial de saúde pode ser entendido enquanto um modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las, em determinados espaços-populações, incluindo diferentes unidades prestadores de serviços – de diversas complexidades tecnológicas – e as relações que se estabelecem dentro delas e entre elas".

Neste modelo não há uma efetiva busca pela integralidade, nem o compromisso com o impacto dos serviços sobre o nível de saúde. Apesar de tais restrições, o modelo médico-assistencial privatista "é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto de problemas de saúde da totalidade da população" (PAIM, 1999, p. 477).

Conforme aponta o referido autor, em decorrência dessa forma de organização dos serviços ser incapaz de alterar os níveis de saúde, os serviços públicos vêm adotando, de maneira complementar e subordinada, o modelo "sanitarista". Este corresponde à saúde pública tradicional e tem enfrentado os problemas sanitários da população através de campanhas (vacinação, combate às endemias etc.), programas especiais (saúde da criança, da mulher, ações de controle da tuberculose e hanseníase, entre outros) e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Sendo assim, sua atenção se concentra no controle de determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer e tem como objeto os fatores de risco e de transmissão: é quase um trabalho de bombeiro do tipo "apagar incêndio" (PAIM, 1999).

Guimarães (2006) pondera que tal modelo, embora ofereça ações relativamente voltadas para as necessidades da população, tem, comumente, um perfil temporário, requerendo uma grande soma de recursos financeiros e humanos, além de alterar, na maioria das vezes, a rotina das unidades de saúde. Apesar dessas desvantagens, prossegue o autor, o modelo torna-se um "mal necessário" para enfrentar os problemas de saúde que os serviços não conseguiram responder através de suas ações usuais.

Diante dos limites e fragilidades desses modelos assistenciais, a partir da década de 1970, no bojo do processo de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira, emerge um movimento articulado de intelectuais, trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais que exige mudanças na atenção à saúde no país: o Movimento de Reforma Sanitária. Sua pauta de reivindicações

compreendia, segundo Bravo (2001), demandas pela compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado; pela universalidade, integralidade e eqüidade das ações e serviços do setor; pela descentralização de poder e de recursos financeiros, principalmente para as esferas estadual e municipal; e pela participação popular.

Fazendo tais requisições, o Movimento de Reforma Sanitária trazia para o cenário político um novo paradigma: o da produção social da saúde (MENDES, 1996). A partir deste, compreende-se que o processo saúde-doença é determinado pelo "estágio de desenvolvimento do modo de produção adotado, bem como das relações sociais de produção" (MIOTO; ROSA, 2007, p. 104). Em outras palavras, a saúde é compreendida como resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida e, portanto, nas condições coletivas de saúde, tendo influência decisiva nos padrões de morbi-mortalidade da população.

Dessa forma, a adoção do novo paradigma traz em seu bojo um conceito positivo de saúde (entendida como produto de relações sociais e não como ausência de doenças) e uma prática sanitária que supere a lógica da atenção médica: a vigilância da saúde (MENDES, 1996). Esta, de acordo com o autor referido, é resultado da combinação de três tipos de ação, sendo crescente a sua ordem de importância para a transformação do modelo assistencial: a atenção curativa, a prevenção de enfermidades e a promoção da saúde. A primeira delas é voltada para a cura ou cuidados das dores e para a reabilitação de seqüelas, estando fundamentalmente dirigida para indivíduos. A segunda ação, a *prevenção das doenças e dos acidentes*, seria organizada como um modo de observar e planejar intervenções que busquem antecipar-se aos eventos, agindo sobre problemas específicos ou sobre um conjunto deles, de maneira a atingir indivíduos ou grupos em risco de adoecer ou acidentar. A terceira ação, a *promoção da saúde*, a partir da constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, busca o desenvolvimento

de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população atendida. Dessa forma, a vigilância da saúde[2]

> tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre os nós críticos de um problema de saúde, com base em saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial (MENDES, 1996, p. 243-244).

Reforçando esta reflexão, Franco e Merhy (2007) consideram que os serviços de saúde devem ser *usuário-centrados*, ou seja, efetivamente voltados para as necessidades da população atendida. Teixeira (apud PAIM, 2001, p. 6) afirma que

> trata-se de superar o modelo centrado na atenção à "demanda espontânea", de atendimento a doentes, para incluir ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção da saúde, para além dos muros das unidades de saúde, isto é, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços. Ou seja, a prioridade se desloca do eixo "recuperar a saúde de indivíduos doentes", para "prevenir riscos e agravos" e "promover a saúde das pessoas e dos

---

2 Ainda de acordo com o referido autor, o desenvolvimento destes tipos de ações se daria a partir de três pilares. O primeiro seria o *território*, entendido não simplesmente como espaço geográfico, mas como um "território pulsante", onde se processam diversas relações sociais. O conhecimento do território é compreendido como um requisito no desvelamento da realidade da situação de saúde da população. O segundo pilar seria a abordagem por *problemas*, partindo das necessidades locais, em detrimento da abordagem verticalizada dos programas. Por fim, o último pilar seria a *intersetorialidade,* percebida como um conjunto articulado de ações sobre os nós críticos (problemas) do território, envolvendo diversos setores. Ela não seria simplesmente a superposição das ações de tais setores, mas a unidade do fazer, a superação da fragmentação na abordagem dos problemas vivenciados pela população.

> grupos populacionais". Implica conhecer os problemas de saúde e seus determinantes, ou seja, implica em organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os "efeitos" dos problemas (doença, incapacidade e morte), mas sobretudo as ações e serviços que incidem sobre as "causas" (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais.

Como sabemos, a Carta Magna de 1988 incorpora as demandas do Movimento de Reforma Sanitária e sua proposta de conceito de saúde ampliado, através da criação do Sistema Ùnico de Saúde (SUS). Este "traduz a radicalidade da proposta face ao modelo de atenção à saúde, implantado até então no Brasil, baseado, de modo inequívoco, na medicina curativa e na atenção à doença" (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 224).

É fundamental assinalar que, apesar dos avanços obtidos legalmente, a implantação e implementação do SUS não acontece de maneira consensual, passando a ser palco de um embate acirrado entre dois projetos antagônicos: o projeto de reforma sanitária (com as demandas anteriormente mencionadas) e o projeto privatista, que, norteado pela perspectiva de ajuste neoliberal[3], defende o aprofundamento dos traços do modelo médico-assistencial privatista.

Nesse tenso cenário e realizando tal avaliação acerca dos limites do SUS, o Ministério da Saúde começa a adotar, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), sobre o qual nos debruçaremos nesse momento.

---

3 O neoliberalismo apregoa o redirecionamento do papel do Estado, o que deve ser feito através da contenção de gastos, da descentralização dos serviços em nível local e da focalização das políticas sociais para atender às populações mais vulneráveis através de "pacotes básicos", aprofundando o processo de mercantilização de tais políticas, inclusive a da saúde.

Notas sobre a estratégia Saúde da Família: entre diretrizes e críticas

De acordo com o citado Ministério, o PSF tem o objetivo de reorganizar a atenção à saúde a partir da atenção básica, constituindo-se na "porta de entrada do SUS" (BRASIL, 1997). É importante destacar que, de experiências pontuais em alguns municípios, o programa é agora assumido como *estratégia* Saúde da Família (SF), que, implantada em 5.125 municípios do país, conta com 27.324 equipes e abrange 87,7 milhões de pessoas da população brasileira (BRASIL, 2007).

Como o próprio nome anuncia, a SF elege, como objeto de sua intervenção, não a doença e o indivíduo, mas "a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde" (BRASIL, 1997, p.10).

Em termos operacionais, a estratégia é concretizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Cada equipe é composta por, no mínimo, 1 médico de família, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e entre 4 e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico em higiene dental.

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (cada equipe se responsabiliza por cerca de 3.000 a 4.500 pessoas ou entre 600 e 1.000 famílias), localizadas em uma área geográfica delimitada, o que possibilita a criação de vínculo entre população e trabalhadores(as) de saúde (BRASIL, 2007).

Conforme o citado Ministério, os(as) profissionais da SF atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da respectiva comunidade, se caracterizando também

> por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para

> exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (BRASIL, 2007, p. 1).

Cumpre situar que a SF se constitui atualmente em um dos pilares da saúde pública no Brasil, o que fica evidente, como mostram Medina e Aquino (2002), em decorrência da vertiginosa expansão numérica das equipes, da crescente legitimação institucional da estratégia no âmbito do SUS e do fortalecimento dos mecanismos de sustentabilidade financeira.

Avaliando a implementação da estratégia, o órgão supracitado considera que sua adoção tem trazido importantes avanços para a saúde pública do país:

> A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde[4] das populações assistidas pelas equipes Saúde da Família (BRASIL, 2007, p. 1).

---

4 Vale aqui destacar quais os resultados positivos obtidos através da estratégia: a redução da Taxa de Mortalidade Infantil; a ampliação da cobertura vacinal; a queda na taxa de internações, por exemplo, por acidente vascular cerebral na população com idade igual e acima de 40 anos; a diminuição da taxa de internações por Insuficiência Cardíaca Congestiva na mesma faixa etária, expressando os resultados positivos adotados no controle da hipertensão arterial (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde afirma ainda que "o Modelo de Atenção à Saúde do Brasil é referência internacional" (BRASIL, 2007). Demonstra também que a estratégia está consolidada nos municípios brasileiros, sendo que, atualmente, a Atenção Básica é pauta política de gestores públicos. Por fim, sinaliza o aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido, como resultado das mudanças nas práticas das equipes de saúde.

Apesar dos avanços obtidos com sua implementação, a SF vem sendo alvo de severas críticas, cujo foco é o questionamento da contribuição efetiva da estratégia para a conversão do modelo assistencial. Vejamos.

Uma das críticas que se realiza à SF, desde o início de sua implantação no país, é a identificação de suas proposições com exigências das agências multilaterais, como o FMI e o Banco Mundial – que, de acordo com Franco e Merhy (2007), tem funcionado como um verdadeiro "ministério da saúde" dos países periféricos - em suas recomendações de contenção de gastos públicos.

Segundo tais autores, seguir a agenda do Banco Mundial implica desconsiderar a saúde como um direito social, de responsabilidade do Estado, o que caminha em direção contrária ao SUS tal como formulado na Constituição Federal de 1988, por ferir a idéia de universalidade de acesso, já que, ao assumir o discurso da "equidade", acaba por assumir um caráter focalista e seletivo. Assim, por não expandir o serviço a toda a população, restringe o atendimento às camadas mais pobres da sociedade, instaurando uma "*cesta básica*" para o setor, como é chamado pejorativamente o pacote básico de ações proposto pelo Banco Mundial.

Nesse sentido, a SF assumiria um papel racionalizador de gastos, ao possibilitar a diminuição do fluxo do atendimento nos níveis de média e alta complexidade, que, diante da priorização dos recursos na atenção básica, acabam ficando secundarizados, abrindo mais

espaço para a iniciativa privada e dificultando a integralidade da atenção, como sinaliza Borges (1997).

Diversas outras críticas são direcionadas à estratégia, como a forma de contratação de profissionais; o grande número de famílias sob responsabilidade de cada equipe, que sobrecarregaria os(as) profissionais de demanda por atendimento clínico, comprometendo a priorização da vigilância da saúde; as fragilidades na formação acadêmica, que ainda não estaria em consonância com o novo paradigma sanitário; a disparidade de salários entre os(as) profissionais, que privilegia o médico em detrimento das demais profissões da saúde, entre outras.

Tendo tais considerações como horizonte, voltar-nos-emos para a realidade das configurações da estratégia no município de Campina Grande/PB.

Saúde da Família em questão: a experiência de Campina Grande/PB

Este artigo - que resulta de pesquisas desenvolvidas através do Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Estadual da Paraíba, cotas 2006/20007 e 2007/2008 – visa analisar como os(as) profissionais da Saúde da Família de Campina Grande/PB avaliam sua implementação no município, procurando também verificar se a prática sanitária da vigilância da saúde vem sendo efetivada no cotidiano do trabalho das equipes; conhecer os impactos da SF nas comunidades atendidas; identificar os desafios para a sua implementação.

Desse modo, pautado numa abordagem qualitativa, este estudo utilizou-se, para coleta de dados, da pesquisa documental e da entrevista semi-estruturada (gravada). A pesquisa de campo foi dividida em duas fases: a primeira teve como sujeitos os(as) profissionais de

nível superior[5] que atuam na SF de Campina Grande; e a segunda priorizou os(as) agentes comunitários de saúde[6]. Para a análise dos dados, lançou-se mão da análise de conteúdo.

É importante esclarecer que, para uma compreensão mais ampla das falas dos sujeitos de nosso estudo, é imprescindível situar, ao menos em traços gerais, a trajetória da estratégia no município, tarefa que empreenderemos neste momento.

(Des)caminhos da Saúde da Família em Campina Grande

Em Campina Grande, a estratégia foi adotada em 1994, constituindo uma das experiências pioneiras em nível nacional.

Naquele momento, foram implantadas 5 equipes[7], em bairros com os indicadores sócio-sanitários mais aviltantes. O trabalho das mesmas trouxe consideráveis avanços nos indicadores de saúde, especialmente quanto à redução da mortalidade infantil.

Houve, já nessa primeira fase, a preocupação com a questão do acesso da população aos direitos sociais, bem como do incentivo ao controle social (através da formação de Conselhos Comunitários

---

5 Cuja amostra abrangeu 23 profissionais de nível superior (das áreas de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Serviço Social) de uma equipe básica completa por cada um dos 6 Distritos Sanitários do município de Campina Grande/PB.

6 A amostra incluiu 15 ACS de quatro equipes do município. Nessa fase, foi também aplicado um questionário junto a 64 ACS. Entretanto, em virtude dos limites deste artigo, os resultados apresentados serão apenas referentes à entrevista semi-estruturada.

7 É importante evidenciar que os(as) profissionais, nos momentos iniciais de implantação da estratégia, tinham um perfil de militância na defesa do SUS.

de Saúde). A partir daí, foi demandada a incorporação de assistentes sociais[8] às equipes.

Em 1997, em virtude do não reconhecimento da importância da SF quando da mudança da gestão municipal, bem como no sentido de defesa da estratégia, os(as) profissionais se organizaram em torno da criação, da Associação dos Profissionais de Saúde da Família (APSF)[9] como instrumento legal de lutas e defesa da proposta da SF.

O desempenho dos(as) profissionais da SF do município em tela refletiu na obtenção de prêmios[10] em importantes eventos a nível nacional, que deram visibilidade à importância da estratégia para a população.

Apesar de tímida, a primeira expansão da estratégia se deu entre os anos de 1998 e 2002, com 7 equipes. Em 2003, houve a inserção de mais 18 equipes, visando abranger toda a zona rural (embora aqui ainda de maneira um tanto precária). No mesmo ano também ocorreu a inclusão de profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário), sob orientação do Ministério da Saúde, bem como, por opção política local - mesmo sem incentivo financeiro do MS -, a inserção do(a) assistente social na equipe básica, sendo que tanto este profissional quanto os de saúde bucal foram distribuídos cada um para duas equipes.

---

8 Essas profissionais, que eram do quadro de funcionários da prefeitura, passaram a compor as equipes em 1995 e apenas em 2003 houve a oficialização de sua inserção nas equipes básicas, como mostraremos adiante.

9 A APSF assume um grande protagonismo na defesa da estratégia, chegando a conduzir dois processos de greve da categoria: uma em 2002 e outra em 2004.

10 Como o da Fundação Getúlio Vargas, em 1998, e o Prêmio Saúde Brasil da I Mostra Nacional de Produção da Saúde da Família.

Outro avanço de extrema relevância à análise da SF do município em tela refere-se à criação da Rede de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família[11], em 2003.

Em 2005, com a nova mudança da gestão municipal, ocorrem redefinições nas conotações da estratégia. Uma delas são as modificações no papel da Rede, que perdeu a cultura avaliativa, esgarçou seu caráter político e de vanguarda e de defesa do SUS e cedeu lugar à responsabilização burocrática por cada Distrito Sanitário.

Neste (des)caminho de mudanças, entre fins de 2005 e início de 2006, ocorre a decisão verticalizada da gestão do município de assinar um Termo de Ajustamento de Conduta com o Ministério Público do Trabalho, com discurso de "regularizar" o vínculo dos profissionais, através da realização de concurso público. A categoria, representada pela APSF, questiona a arbitrariedade de tal processo, já que, na realidade nacional, isso vem se dando com participação dos trabalhadores, através da criação das Mesas de Negociação Permanente do SUS, bem como da instalação dos Comitês de Desprecarização do Trabalho no SUS.

Nesse cenário, há também ameaças à permanência do serviço social nas equipes básicas e apenas após mobilizações da APSF e dos Conselhos Locais de Saúde é que se conquista a inserção da categoria nos cargos do primeiro concurso público para a SF local, ocorrido em 2006.

Nesse contexto, como os(as) profissionais da SF passaram a ser servidores(as) municipais e, portanto, inseridos(as) no sindicato da categoria, a APSF (que vinha sofrendo tensionamentos internos) se dissolve.

---

11 Esta, composta por uma gerente de cada um dos 6 Distritos Sanitários e a Coordenação da SF, tinha "atribuições específicas, entre elas assessorar, qualificar as equipes e também articular, politicamente, as ações do Programa dentro da Secretaria Municipal da Saúde" (RAMOS et al, 2004, p. 70).

Vale destacar que, diferentemente de todas as inserções de profissionais nas equipes anteriores, dessa vez não se tem nenhuma preocupação com a sensibilização/formação dos(as) mesmos(as), que ingressam no trabalho sem realizarem ao menos o Curso Introdutório.

Em relação ao serviço social, há redefinições em sua inserção nas equipes: menos da meta dos(as) profissionais aprovador foram convocados e assumem entre 4 e 8 equipes, sendo que diversas dessas ficam descobertas de assistente social.

Cumpre destacar que, entre 2005 e 2008, acontece a construção/reforma de diversas unidades de saúde, bem como ocorre uma considerável ampliação do número de equipes da SF, passando de 51 para as atuais 88.

São esses os (des)caminhos da estratégia no município em tela. Passemos agora a situar as considerações dos(as) profissionais acerca da SF.

Prevenção e promoção da saúde no cotidiano das equipes da SF

Ao longo de nosso estudo buscamos analisar a SF em Campina Grande priorizando os eixos que consideramos ser importantes para o processo da modificação do modelo assistencial, atendo-nos aos pilares da vigilância da saúde: a prevenção e a promoção.

Num primeiro momento, buscamos identificar *se* e *como* a prevenção é tratada no cotidiano de trabalho das equipes. Nas entrevistas, parte considerável dos(as) profissionais sinalizou perceber a prevenção como intervenções que procuram antecipar-se aos eventos (Mendes, 1996) e que estaria diretamente relacionada aos "indicadores" de saúde. Nesse sentido, afirmaram que tais atividades vêm sendo desenvolvidas e se voltam prioritariamente para consultas clínicas com grupos prioritários direcionados pelo Ministério

da Saúde, como gestantes, diabéticos e hipertensos, crianças; imunização; busca-ativa de usuários(as) dos grupos acima descritos; e orientação a indivíduos com possibilidade de adoecimento.

Outros(as) profissionais percebem a prevenção relacionada aos indicadores, mas também à questão da educação em saúde, realizada especialmente nas atividades coletivas desenvolvidas com grupos. Quando se referiam a essa concepção de prevenção, as respostas apontaram que algumas equipes vêm "*tentando*" realizá-la: este termo aparece na maioria das entrevistas, indicando o caráter processual deste tipo de atividade, ao mesmo tempo em que sinaliza as dificuldades e limitações de empreendê-la no cotidiano das unidades básicas de Saúde da Família.

Nas falas, uma série de elementos aparecem como implicados nesse processo, desde as debilidades na formação profissional, à falta de estrutura física, a escassez de recursos, à grande quantidade de famílias sob responsabilidade de cada equipe, à própria cultura da população, ainda voltada para uma lógica médico-centrada, entre outros.

É importante destacar que tanto no que se refere à prevenção quanto a diversos outros elementos da Saúde da Família de Campina Grande, de acordo com os(as) entrevistados(as), é possível falar de um *antes* e um *depois* na SF municipal: colocam como marco decisivo as reviravoltas ocorridas na estratégia a partir de 2006, conforme mencionamos anteriormente.

Sendo assim, diversos(as) entrevistados(as) indicaram que, nos últimos anos, as atividades coletivas de educação em saúde não vem recebendo investimento das equipes. Uma das ACS disse que, diante das mudanças sofridas pela estratégia no município, expressa na ausência de tal investimento, atualmente, "**nós não temos PSF"** (ENTREVISTADA ACS 10).

Um outro eixo do novo modelo assistencial é a promoção da saúde, entendida como prática mais ampla do que a prevenção, uma

vez que implica em ações que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (LEAVELL; CLARCK, 1976 apud CZERESNIA, 2003, p. 45). Agrupamos tais práticas em dois grandes pilares: a *intersetorialidade* e o *controle social*.

Quanto ao primeiro, vale ponderar que é muito importante no sentido da promoção da saúde, porque os serviços de saúde não podem trabalhar sozinhos no enfrentamento dos condicionantes/determinantes da saúde. Assim, é fundamental o envolvimento de outros setores e sujeitos para promover qualidade de vida e alcançar políticas públicas saudáveis.

Foi justamente essa compreensão que a maioria dos(as) profissionais expressou. No entanto, revelaram que "antes" havia a busca de construção de articulações intersetoriais (especialmente através dos Conselhos Comunitários de Saúde), o que adquiriu tonalidades diferenciadas nos últimos anos: muitas equipes, após a convocação do concurso (há quase um ano, na época da realização da coleta de dados), ainda não "acordaram" para essa necessidade e não vêm desenvolvendo tais ações de forma sistemática.

Assim, os passos no sentido de avançar neste processo são extremamente tímidos e se circunscrevem, na maioria das vezes, a articulações pontuais com as entidades locais, especialmente as escolas, e, episodicamente, a encaminhamentos para outras Secretarias.

Cumpre destacar que, de acordo com alguns(as) entrevistados(as), tal cenário tinge-se de cores ainda mais sombrias diante da nova configuração da inserção do serviço social nas equipes, profissionais que anteriormente contribuíam muito nesse processo.

Quanto ao segundo eixo, o controle social, cabe pontuar que, na experiência de implementação do SF no município de Campina Grande/PB, historicamente,, as equipes básicas de Saúde da Família vinham estimulando a criação de Conselhos Comunitários

de Saúde[12] (CCS) nas diversas localidades onde atuam, visando à concretização do princípio do controle social em nível local[13].

Pelo que indicaram os depoimentos, embora a maioria dos(as) entrevistados(as) apregoe a necessidade e importância destas entidades, a existência desses Conselhos não estão sendo estimulados pelas equipes (na maioria eles existem, mas não estão funcionando) e os poucos atuantes são atravessados por uma série de desafios, conforme também vem demonstrando estudos realizados sobre a temática (SILVEIRA; SILVA; VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006; LACERDA, 2005).

Nesse sentido, alguns depoimentos indicaram como elementos problemáticos o pouco compromisso dos(as) profissionais com a participação popular, por estarem ainda influenciados(as) pelo paradigma flexneriano; a frágil participação da própria comunidade; os embates recentes com a gestão municipal de saúde em virtude da (in)compreensão quanto ao controle social; a situação do(a) profissional de serviço social, que vinha desenvolvendo grande protagonismo no que se refere ao incentivo à mobilização e organização popular.

12 Esses conselhos agregam profissionais do SF, lideranças comunitárias, moradores dos bairros, representantes das instituições locais e servem de espaço para discussões de questões relacionadas à saúde (SILVEIRA; SILVA; VASCONCELOS, 2005).

13 Além de propiciar o controle social em nível local, os Conselhos foram apontados como importantes para a obtenção de melhorias para os bairros onde as equipes estão situados. Nesse sentido, chama a atenção o fato de que, em algumas entrevistas, uma das maiores conquistas dos CCS foi a urbanização de um bairro. Isso, na verdade, chama a atenção para o fato de que houve uma fase na história da SF de Campina Grande em que a saúde de fato foi tratada em sua concepção mais ampla e houve esforços dos(as) profissionais em trabalharem efetivamente a promoção da saúde.

Avanços e desafios para a SF no município

No que diz respeito aos avanços obtidos com a SF, os sujeitos entrevistados referiram-se, principalmente, à ampliação do acesso aos serviços de saúde; à diminuição dos índices de morbi-mortalidade; à diminuição das hospitalizações; mas também à humanização, à construção do vínculo, à melhoria da qualidade do atendimento, às experiências de controle social e intersetorialidade (embora estas últimas sejam ainda embrionárias), à inserção do(a) assistente social e da equipe de saúde bucal nas equipes; à questão do acesso à informação sobre os direitos de cidadania e sobre os cuidados necessários à saúde; à contribuição para a organização popular.

Quanto ao significado da estratégia para a reorganização do SUS, os dados indicam que há fragilidades nesse processo e inúmeros são as dificuldades. O grande gargalo da SF, de acordo com nossos sujeitos, é a falta de investimento nos demais níveis da atenção, que acaba por comprometer a continuidade da atenção e a integralidade: de acordo com análises de parcela significativa de profissionais participantes do nosso estudo, se desde a implantação da estratégia já haviam problemas relacionados ao sistema de referência e contra-referência[14], hoje a problemática se reforça pelo fato de, segundo os depoimentos, estar havendo um descompasso entre a ampliação de equipes de SF e a não expansão do número de serviços e profissionais especializados. Assim, o princípio da integralidade é comprometido, refletindo na morosidade do tratamento, na dificuldade de marcação de exames e consultas, enfim, na baixa resolutividade dos problemas de saúde dos(as) usuários(as).

---

14 No entanto, vale considerar que este problema não é apenas local, mas também foi percebido em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002); contudo, superar tal realidade é *também* uma decisão da gestão local.

A precariedade na estrutura física de algumas Unidades Básicas de Saúde da Família, a escassez de insumos e medicamentos, a ausência de intersetorialiade e a (frágil) situação do serviço social nas equipes também foram aspectos considerados como dificuldade para o trabalho das equipes.

Concluindo esse item, destacamos aqui um depoimento que, em nossa opinião, apresenta uma análise extremamente lúcida em relação à SF:

> ***A gente faz aqui o que um posto de saúde deveria fazer***. Não precisava nem ser Saúde da Família. [...] É, um posto de saúde maquiado: [...] você fazer cobertura de vacina, fazer cobertura de pré-natal, diminuir a mortalidade, é para qualquer posto de saúde fazer. Atualmente ***eu não acho que a gente vai além disso não, entendeu***? Então assim, ***atende bem o básico***. [...] Você faz a cobertura do pré-natal, a cobertura de 100% de pré-natal; garante a cobertura de 100% de vacinação. Agora é a coisa mais óbvia. Eu acho que é a coisa mais óbvia que a atenção básica pode fazer. [...]. ***Melhores indicadores de saúde*** [que a SF traz]***, [...] num país em desenvolvimento, é um avanço***. Chegar perto da população é um avanço, ou pelo menos estar nas comunidades é um avanço, que antes não tinha nada disso. [...] Mas ***se restringe a isso***, e aí, partindo disso, partindo de dizer assim "Ah, o Saúde da Família contribuiu para mudar as condições sócio-econômicas?" Não. "O Saúde da Família contribuiu para mudar saneamento?" Mas de avançar mais do que os indicadores, do que os órgãos vigilantes, ele não foi muito além não. (ENTREVISTADA 22).

Diante do exposto, percebemos as fragilidades das configurações da estratégia no âmbito local. Assim, em lugar de efetivamente contribuir para a reversão do modelo assistencial, a estratégia SF

parece estar se configurando como um "programa assistencial tapa-buraco", como assinala Oliveira (1999), já que parece assumir feições de "cesta básica de saúde" ou nem mesmo isso, diante do insuficiente investimento na qualificação da SF municipal.

É importante mencionar que este problema não é apenas local, mas também foi percebido em pesquisa realizada em nível nacional pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Senna (2002, p. 204) chega a afirmar que o SF tem "logrado resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promover mudanças significativas no modelo assistencial".

Considerações finais

Os resultados de nosso estudo indicam que, na avaliação dos(as) profissionais, a SF vem trazendo importantes impactos para as comunidades atendidas, concretizando alguns princípios apregoados pelo SUS/SF.

Entretanto, embora a principal justificativa para a adoção da estratégia seja a reorganização do SUS, os sujeitos evidenciam que o que se percebe é a ampliação do acesso da população apenas à atenção básica: os demais níveis continuam deficitários e a continuidade da atenção é comprometida; a intersetorialidade é algo ainda muito frágil no município; ocorre escassez e inadequação de insumos, aviltamento das condições de trabalho, precariedade no abastecimento de medicação.

Percebe-se, desse modo, que a simples ***ampliação*** da quantidade de equipes não garante a qualidade no acesso, muito menos a transformação da organização dos serviços sob a perspectiva do paradigma da produção social da saúde.

Desse modo, na avaliação da maioria dos(as) profissionais, a SF de Campina Grande, na atual conjuntura, em lugar de avançar

no sentido de reversão do modelo, está retrocedendo em termos das características históricas que tinha no município, sendo ainda maiores, portanto, os desafios e dificuldades que se insinuam no cotidiano das equipes.

Movimentos de resistência a esse retrocesso parecem se esboçar em algumas equipes, que, a despeito das adversidades, prosseguem *tentando* investir na adoção da vigilância da saúde no cotidiano dos serviços, mas tais processos parecem estar circunscritos a poucas equipes, não dando a tônica da estratégia local.

A indagação que fica latente é se os(as) profissionais, aliados(as) à população, assistirão à derrocada da estratégia sem esboçar movimentos mais firmes de resistência ao processo; ou se conseguirão se reorganizar e barrar esse processo de ataque da "alma" da Saúde da Família e do próprio SUS.

Enfim, cumpre destacar que a inversão do modelo de atenção à saúde é um processo lento e sinuoso, configurando-se como verdadeiro palco de embates envolvendo os(as) usuários(as), os(as) profissionais e a gestão, sem desconsiderar, contudo, o contexto macroestrutural.

Referências

BORGES, C. C. Sentido da saúde/doença produzida em grupo numa comunidade alvo do PSF. In: SANTANA, J. P. (Org). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do SUS**. Brasília: OPAS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros> Acesso em: 10/02/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional registra a evolução da Saúde da Família e sua relação com indicadores de saúde**. Informe da Atenção Básica**, Brasília, ano.VII, n. 32, nov./dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÙJO, P. S. X. (Orgs). **Capacitação para conselheiros de saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: DEPEXT/NAPE, 2001.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. 3. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-54.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

GUIMARÃES, E. D. **A estratégia saúde da família em Campina Grande:** origem, implantação e seu papel na atenção básica à saúde. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

LACERDA, W. A. **A participação popular na gestão local do Programa Saúde da Família em Campina Grande-PB:** a efetividade do processo na ótica dos conselheiros comunitários de saúde, usuários e profissionais. 2005. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Ciências da Sociedade). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2005.

MEDINA, M. G, AQUINO, R. Avaliando o Programa Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. **Sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al (Orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: CORTEZ, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

MIOTO, R. C. T.; ROSA, F. N. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional**: um estudo sobre o serviço social na estratégia saúde da família. 2007. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.

OLIVEIRA, E. M. **PSF:** um programa social compensatório "tampa buraco". São Paulo, 1999 (mimeo).

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm> Acesso em 15 jul. 2009.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 587-603.

RAMOS, B. F. **Sistema de referência e contra-referência em Campina Grande:** o comprometimento da continuidade da atenção à saúde. 2004. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004.

SENNA, M. C. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, n. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

SILVA, K. M. P. **A prática do(a) assistente social no âmbito da educação em saúde no Programa Saúde da Família de Campina Grande**. 2006. Relatório Final (PIBIC). Departamento de Serviço Social. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2006.

SILVEIRA, S. A. S.; SILVA, M. J. M.;VASCONCELOS, K. E. L. **Conselhos comunitários de saúde**: espaços de ampliação da democracia participativa? Campina Grande, 2005. Mimeografado.

Aconselhamento em DST/AIDS à gestantes na atenção básica: um estudo nas UBSFs de Campina Grande/PB

Lucia Maria Patriota
Débora Suelle Marcelino de Miranda

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida como Aids, caracteriza-se pela progressiva destruição do sistema imunológico humano (PINEL; INGLESI, 1996; MARINS, 2000).

A disseminação da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em quase todas as modalidades de transmissão – sanguínea, sexual, vertical – tem atingido, indiscriminadamente, homens, mulheres e crianças, tornando-se um dos mais graves problemas de saúde pública dos últimos 25 anos.

Tendo seu primeiro caso identificado no Brasil, em 1980, na cidade de São Paulo e concentrando-se inicialmente nas regiões metropolitanas do país, a epidemia da Aids passou, a partir de 1985, a evidenciar um processo chamado de interiorização que consiste na disseminação da doença para municípios de médio e pequeno porte. Além dessa mudança no perfil da epidemia no Brasil também

evidencia-se significativo aumento da doença na população feminina, a chamada feminização da Aids (BRASIL, 2004).

O avanço do HIV/Aids entre as mulheres é indicativo não apenas das dificuldades em oferecer respostas institucionais adequadas para a contenção da epidemia neste grupo, como também remete às questões que envolvem a identidade de gênero que determinam os papéis sociais de homens e mulheres.

Considerando-se que 85% das mulheres infectadas pelo HIV estão em idade fértil, tem-se o problema adicional da transmissão vertical do HIV, também denominada de transmissão materno-infantil, que corresponde à principal forma de disseminação do vírus na população infantil. Estima-se que 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação (BRASIL, 2004). A redução da taxa de transmissão vertical depende de intervenções que não devem ser direcionadas especificamente para a população sabidamente afetada pela Aids, mas oferecendo a todas as mulheres ações de saúde de qualidade, sobretudo no pré-natal.

Entre as estratégias adotadas no sentido de se amenizar tal quadro está a adoção da oferta do exame sorológico para o HIV, o chamado teste de HIV, a *toda* gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente da situação de risco da mulher.

Visando atingir boas coberturas de testagem em gestantes o Ministério da Saúde recomenda a descentralização das ações de aconselhamente e testagem do HIV para a atenção básica, já que por muito tempo este tipo de procedimento esteve restrito aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) e aos Serviços de Atenção Especializadas (SAEs).

A prática do aconselhamento assume papel importantíssimo na quebra da cadeia de transmissão do HIV/Aids, principalmente na prevenção da transmissão vertical, por oferecer as gestantes informações e esclarecimento de dúvidas sobre as formas de prevenção do HIV, sobre a infecção e as maneiras de contraí-la, sobre

os tratamentos disponíveis e seus efeitos e as possibilidades de evitar a contaminação do bebê, se confirmada a infecção.

Entretanto, apesar do oferecimento do teste de HIV se constituir, no Brasil, numa obrigatoriedade, ainda existem muitas mulheres que chegam ao parto sem conhecer sua condição sorológica. Segundo a Coordenação Nacional de DST/Aids, a cobertura da testagem para o HIV durante o pré-natal está abaixo de 40% (BRASIL, 2003).

Assim, considerando o grande desafio que constitui a incorporação do aconselhamento pelos serviços de atenção básica, o que implicaria em uma verdadeira reorganização do processo de trabalho nesses locais, pois a prática do aconselhamento requer uma dinâmica especial do próprio serviço, tanto no que se refere ao tempo demandado pelo mesmo quanto pela necessidade de uma infra-estrutura adequada e, principalmente, pela necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo, decidimos realizar a presente pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campina Grande-PB, porta de entrada do usuário no sistema de saúde, propondo-nos a conhecer como a prática do aconselhamento em DST/Aids às gestantes vem sendo desenvolvida no PSF, a partir da fala dos profissionais do programa, e identificar as concepções de aconselhamento dos mesmos.

O Aconselhamento

No evidente contexto de feminização da Aids (GUIMARÃES, 2001), assume grande relevância a transmissão vertical, que compreende a transmissão do HIV da mulher para seu filho. Esta é responsável por 80% das contaminações de Aids no Brasil em menores de 13 anos. Desde a identificação dos primeiros casos de Aids no país foram registrados 11.026 casos de transmissão vertical, com 40% de óbitos (BRASIL, 2007).

Das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV, 15 a 30%, adquirem o vírus na gestação, durante o parto ou no trabalho de parto e na amamentação. A rota para transmissão do vírus verticalmente é: intra-útero, trans-placentária pela circulação materna, intraparto pela ingestão do sangue ou outros líquidos infectados ou pós-parto via amamentação (NEVES, 2005).

A redução da transmissão vertical depende de intervenções direcionadas a todas as mulheres e crianças e de uma assistência de qualidade desde o pré-natal. Conforme documentos oficiais (BRASIL, 2003, p. 23)

> A possibilidade de reduzir significativamente a transmissão vertical do HIV com o uso da zidovudina, demonstrada pelo protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group,* foi um dos mais relevantes avanços no conhecimento sobre Aids desde a notificação dos primeiros casos da doença no início da década de 80.

Apesar do oferecimento do exame sorológico e da distribuição gratuita de antiretrovirais no Brasil, ainda existem muitas dificuldades para se identificar gestantes soropositivas no pré-natal, fazendo com que cerca de 30% das mulheres grávidas cheguem ao parto sem conhecer suas condições sorológicas, ou sem prevenção desta transmissão.

A cobertura do teste de HIV, segundo a Coordenação Nacional de DST/AIDS, encontra-se abaixo de 40%, o que dificulta a prevenção da transmissão vertical do HIV pelo fato da intervenção medicamentosa só tornar-se eficaz quando há identificação da condição sorológica da gestante antes do parto. Para que a prevenção da transmissão vertical ocorra de fato, é preciso ir além da garantia da terapia medicamentosa e do acesso ao exame sorológico de forma gratuita, os quais por si não possibilitam o efeito esperado.

O Ministério da Saúde preconiza que uma vez realizado o teste e detectado ou não o HIV, é importante um acompanhamento que permita a pessoa discutir com os profissionais de saúde os resultados e avaliar seus próprios riscos: é o que chamamos de aconselhamento pré e pós-teste, essencial na prevenção da transmissão vertical.

> O aconselhamento por ser uma prática que oferece as condições necessárias para a interação entre as subjetividades, isto é, a disponibilidade mútua de trocar conhecimentos e sentimentos, permite a superação da situação do conflito (BRASIL, 1999, p. 7).

O aconselhamento, prática antes restrita a categorias profissionais específicas como a dos psicólogos, passa na década de 1940 a ser utilizado em várias outras áreas, inclusive na saúde pública, tendo sido recentemente incorporado nos serviços de saúde voltados às DSTs/HIV e Aids (ARAÚJO, 2005).

De acordo com documentos oficiais, o aconselhamento configura-se,

> [...] como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente, pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como ator de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1999, p.11).

O mesmo é entendido como uma prática preventiva ampla, que vai além da testagem, permeando as ações educativas em saúde, podendo ser desenvolvido em vários momentos da atenção ao usuário.

O ato de aconselhar deve desenvolver-se com base em uma relação de confiança, na qual o profissional deve estar atento às situações de conflito vivenciadas pelas pessoas assistidas e que podem bloquear a ação de prevenção. Desta forma, a postura do profissional passa a ser prerrogativa fundamental ao aconselhamento. A mesma deve pautar-se em atitudes éticas e de sensibilidade às demandas dos indivíduos, permitindo a expressão de sentimentos por parte dos mesmos e evitando atitudes moralistas e de juízos de valores, relacionando conhecimentos técnicos e postura ética, o que aponta para um grande desafio para a realização do aconselhamento, que é o de revisão dos conteúdos necessários à formação profissional, incluindo disciplinas que levem à humanização dos serviços de saúde existentes,

> Apesar de ser impossível deixar de admitir que as pessoas possuem habilidades diferenciadas, o aconselhamento deve ter um eixo filosófico norteador, para que todos que estão envolvidos com a sua realização possam adotá-lo. Este eixo norteador deve ser pautado no compromisso ético e no processo contínuo de reflexão e aprendizado entre esses profissionais (ARAÚJO, 2005, p. 36).

Nesse sentido, o SUS vem adotando estratégias como a descentralização do aconselhamento e da testagem do HIV para a atenção básica, onde o deslocamento dos profissionais para o domicilio favorece a aproximação com o usuário, fortalecendo as relações afetivas e sociais entre ambos, essencial para desvendar as questões envolvidas com a transmissão do HIV. Podemos assim afirmar que no PSF pode se intensificar ações de promoção à saúde e prevenção do HIV, ao mesmo tempo em que se pode reforçar, junto às pessoas afetadas, seus direitos humanos e civis. De acordo com Abdalla (2007, p. 19)

> [...] o vínculo e a responsabilidade (vínculo entre equipe do PSF e família), a resolutividade (resolver necessidades de saúde dos usuários e famílias) e o acolhimento (a capacidade da equipe de solidarizar-se com as necessidades das famílias) são três noções importantes nos serviços de saúde. O acolhimento e o vínculo são como diretrizes operacionais para a materialização do SUS e são avanços importantes na reorganização dos serviços.
>
> A extensão do teste anti-HIV e do aconselhamento para as UBSFs é de extrema importância, sendo considerada uma importante estratégia de prevenção da transmissão vertical. Mulheres portadoras de HIV/Aids podem ter filhos não infectados se forem tratadas corretamente, além de um diagnóstico precoce possibilitar a assistência adequada e o controle do desenvolvimento da doença.
>
> A institucionalização dessas ações permite a redução do impacto da epidemia na população, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde. Permite também conhecer e aprofundar o perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade e, com isso, reformular estratégias de prevenção e monitoramento (BRASIL, 2008, p.3).

De acordo com Araújo (2005), os diferentes atendimentos à mulher, que são usuárias mais freqüentes das UBSFs também representam espaços oportunos para a realização do aconselhamento, apesar de serem perdidas muitas oportunidades de se realizar tal atividade com a população de forma geral, por se restringir esta prática apenas ao atendimento individual em detrimento de outros espaços que poderiam e deveriam ser utilizados.

Os objetivos do aconselhamento são: reduzir situações de *stress*, proporcionar reflexões sobre riscos e auxiliar na adoção de práticas sexuais seguras, além de contribuir para a adesão ao tratamento por parte dos parceiros sexuais e de uso de drogas injetáveis. Na atenção básica o aconselhamento deve ser prestado a toda população, afetada ou não pelo HIV, visando à prevenção.

O mesmo apresenta-se centrado em três componentes: apoio emocional, apoio educativo e avaliação de riscos, componentes estes que não são atingidos em um único momento, podendo ser trabalhados individualmente ou em grupo, como os formados em sala-de-espera. Cabe aos profissionais de saúde perceberem os limites entre questões a serem trabalhadas em grupo ou individualmente (BRASIL, 2008).

Para implantar o aconselhamento de forma adequada, o serviço precisa de capacidade de atenção e de disponibilidade para receber o usuário, material preventivo e educativo, além de capacitação da equipe com aprimoramento em temas específicos ao aconselhamento, concedido pelos gestores, levando em consideração cada realidade identificada.

Sabemos que toda proposta nova requer esforço e tempo de trabalho para sua operacionalização, no caso da descentralização do aconselhamento e do teste de HIV para atenção básica não é diferente. Muitos esforços ainda precisam ser empreendidos, pelo fato da prática do aconselhamento envolver, além de aspectos técnicos, aspectos subjetivos, o que tem exigido dos profissionais maior capacitação, o que geralmente não lhes é proporcionado, dificultando a realização do mesmo.

Os profissionais, em sua maioria, se restringem a reforçar a importância da realização do teste sem se preocupar em estar atento a ouvir as dificuldades das mulheres, se esquecendo que estas são em sua maioria de ordem emocional, principalmente quando nos referimos ao período gestacional, no qual a mulher já se encontra emocionalmente fragilizada (ARAÚJO, 2005).

Resultados da pesquisa

Do total de 23 profissionais entrevistados, 17% são odontólogo(a)s, 22% assistentes sociais, 30,5% médico(a)s e 30,5% enfermeiro(a)s. Destes, 87% possuem pelo menos uma pós-graduação e apenas 13% não são pós-graduados. Dos pós-graduados, 80% são especialistas, 15% especialistas e mestres e 5% mestres.

O tempo de formação acadêmica dos profissionais entrevistados é bastante variado, tendo 22% até 5 anos de formação profissional, 34% de 6 a 10 anos, 22% de 11 a 20 anos e 22% mais de 20 anos.

O tempo de atuação em PSF também é variado. 57% dos entrevistados estão entre 1 a 5 anos no Programa, 39% de 6 a 10 anos e 4% a mais de 10 anos. Quanto ao tempo de trabalho na UBSF pesquisada, a maioria, 83%, respondeu que está alí entre 1 a 3 anos, 13% de 4 a 6 anos e 4% a mais de 6 anos.

O pouco tempo de atuação na UBSF, identificado em 83% dos sujeitos entrevistados, constitui-se em um elemento que pode dificultar o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais, o que é considerado imprescindível para a realização do aconselhamento em DST/Aids. O vínculo é entendido por Franco e Mehry (2007) como algo que vai muito mais além que conhecer os usuários e seus problemas, compreende a percepção destes enquanto sujeitos políticos capazes de construir e/ou interferir no processo saúde/doença.

Em relação à capacitação em aconselhamento, dos 23 profissionais entrevistados, 52% confirmaram sua participação em capacitações voltas para tal prática e 48% afirmaram que nunca participaram de uma capacitação voltada para o aconselhamento.

Mesmo identificando-se um percentual significativo de profissionais que referem já ter participado de capacitações voltadas ao aconselhamento, 52%, os mesmos apontam algumas ressalvas. Consideram que a abordagem do aconselhamento ocorreu de

forma pontual e em capacitações voltadas prioritariamente à Saúde da Mulher e ao tratamento e prevenção das DSTs e Aids em alguns casos e não ao aconselhamento, especificamente, conforme relatam algumas falas:

> Já, já... de uma certa forma quando a gente faz essas capacitações elas abrangem tudo né? Mas faz um tempinho que a gente não se capacita nessa temática ... DST/Aids. Saúde da Mulher enfoca muito isso... Eu fiz a capacitação em Saúde da Mulher, na Universidade Estadual da Paraíba e eles abordam muito em relação a isso, inclusive o tema da nossa apresentação de trabalho foi sobre DST/Aids (Entrevistado 05).

> Já, talvez não sei se poderia se considerar capacitação, a gente teve momentos de atualização, bem rápidos, mas que abordaram muito isso (Entrevistado 15).

A não participação de quase metade desses profissionais, 48%, em capacitações voltadas à prática do aconselhamento nos traz grande preocupação, pois, de acordo com os relatos acima, não sabemos se as UBSFs que realizam tal procedimento o realizam de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, atendendo a seus componentes mínimos que são: apoio educativo, emocional e avaliação de riscos.

No que se refere às concepções de aconselhamento identificadas na pesquisa percebe-se uma certa limitação. Alguns profissionais enfatizam neste importante momento apenas a realização do teste de HIV, conforme pode ser visto em algumas falas:

> Eu acho que o aconselhamento na verdade é a orientação sobre a necessidade de fazer o teste né? (Entrevistado 11).

> Pra mim, assim, aconselhar é, principalmente, essa questão do HIV, é você orientar as pessoas sobre a importância de fazer o exame, da importância da detecção precoce daquela determinada doença e orientar os possíveis resultados (Entrevistado 8).

A importância do teste de HIV é tamanha que este aparece como sendo o principal objetivo do aconselhamento em muitas falas:

> Levar o usuário a uma tomada de decisão para a realização do teste anti-HIV (Entrevistado 1).

> Do aconselhamento é tentar convencer a paciente a se deslocar até o Catolé para fazer o exame. Que é o nosso principal problema aqui (Entrevistado 18).

> É como eu falei a você, a informação à gestante e a conscientização da importância de se fazer o exame (Entrevistado 10).

> Os objetivos na realidade é enfocar a importância, vamos dizer assim, a relevância do que seja o teste anti-HIV, mostrar pra mulher as disposições que existem com relação à prevenção né? No caso do uso da camisinha né? E a importância do teste anti-HIV no período gestacional (Entrevistado 5)

Os dados obtidos na pesquisa revelaram um claro distanciamento entre o conceito apresentado pelo Ministério da Saúde e a concepção de aconselhamento dos profissionais das UBSFs do município de Campina Grande/PB.

Poucos profissionais consideram o aconselhamento como "um diálogo", "uma conversa", "um momento de reflexão" e de "avaliação dos próprios riscos". Apenas três profissionais revelam tal concepção expressa nas falas abaixo.

> [...] Uma conversa, um diálogo entre profissional e usuário, para que ele junto com os profissionais possa refletir sobre seus próprios riscos. O aconselhamento a meu ver, está dividido entre uma parte educativa e outra de avaliação de riscos, na busca de levar o usuário a essa tomada de decisão para realização do teste anti-HIV (Entrevistado 1).

> [...] Embora o nome seja aconselhamento, aconselhamento não é dar conselhos, certo?... Você vai tá abstraindo da usuária aquilo que ela tem de confuso e você vai tá organizando e dando condições pra ela perceber...Você vai dar condições né? ao usuário de decidir o que é melhor pra ele né? (Entrevistado 14).

De acordo com Araújo (2005), o aconselhamento é uma prática preventiva e ampla que ultrapassa a questão da testagem e contribui para elevar a qualidade das ações educativas em saúde, podendo ser desenvolvido em momentos além dos que antecedem e/ou sucedem o teste de HIV. Desta forma, direcioná-lo apenas a testagem seria desperdício de oportunidade para promover a educação em saúde.

Outras falas revelam uma acentuada ênfase no que se refere à questão patológica/clínica da Aids, assim o aconselhamento seria uma forma de esclarecimento da sintomatologia das DSTs, especificamente da Aids, e das formas de contágio e prevenção das mesmas o que percebe-se nas falas abaixo:

> O aconselhamento é esclarecer as possíveis conseqüências de um não tratamento né? Se a pessoa é portador do vírus da Aids né? (Entrevistado 3).
>
> É... a gente trabalhar, explicar primeiro o que é o organismo, como o organismo funciona, é explicar a sintomatologia da doença, é explicar os meios para ela procurar para melhorar... (Entrevistado 4).

Além das concepções apresentadas, existem falas de profissionais que afirmam não saber o que é aconselhamento ou que consideram o mesmo como mera metodologia de trabalho. As falas dos entrevistados dão ênfase significativa ao teste de HIV e à sintomatologia da Aids, desconsiderando a interação com o sujeito e a valorização da sua subjetividade, enfatizando a patologia em suas falas, sobrepondo-a aos sentimentos e emoções dos sujeitos envolvidos.

O aconselhamento envolve o resgate da integralidade do sujeito, o que implica no reconhecimento da sua subjetividade. Acolher tanto o saber como o sentir do usuário através de uma escuta ativa é prerrogativa indispensável para um aconselhamento de qualidade, o que não se evidencia nas falas aqui analisadas. Estas enfatizam o mero repasse de informações, com caráter normativo, no sentido de "convencer" o usuário a realizar o teste. Gostaríamos de ressaltar a preocupação que esse fato nos traz por entendermos que é com base nas concepções que têm de algo que se originam as diferentes práticas.

Perguntados sobre como se da à prática do aconselhamento na UBSF, a maioria dos entrevistados (74%) afirmou que a mesma se dá nas consultas de pré-natal, nas quais é oferecido o teste anti-HIV e prestados esclarecimentos acerca da importância da realização do mesmo, conforme revelam as falas que se seguem.

> Todas as pacientes gestantes que chegam para fazer o pré-natal, na fase inicial ou em qualquer fase que não tenha sido solicitado, nós solicitamos o teste anti-HIV. Faz parte do protocolo (Entrevistado 2).

> Quando a gestante vem para a consulta pré-natal, e essa consulta é dividida entre a médica e a enfermeira (Entrevistada 12).

> A gente explica que é parte integrante da consulta de pré-natal e que pra que ela faça o pré-natal completo ela tem ela tem que ter também essa testagem né? (Entrevistada 19).

> A gente oferece já na primeira consulta do pré-natal né? Explica pra ela da necessidade da realização do teste, por causa da transmissão vertical e tudo mais e nas outras consultas que ela vem sem o resultado desse teste feito, a gente sempre questiona porque que não fez e sempre insiste pra que ela faça (Entrevistado 22).

Nota-se nas falas apresentadas à ênfase dada à parte meramente informativa do aconselhamento, que ocorre na sua maioria de forma individual e voltada apenas para o oferecimento do teste de HIV.

Indagados sobre quem realiza o aconselhamento na UBSF, 15% dos profissionais afirmaram que essa atividade fica a cargo da enfermeira, 23% atribuiram tal realização à médica e à enfermeira e 8% fez referência à auxiliar de enfermagem. Apenas 31% confirmaram a participação de toda a equipe profissional da UBSF na realização do aconselhamento. Cabe ressaltar que 23% dos entrevistados afirmaram que não se realiza o aconselhamento na Unidade.

Apesar das respostas dos profissionais acerca de quem realiza o aconselhamento na UBSF terem apontado especificamente para alguns profissionais e de um percentual significativo ter afirmado não realizá-lo, os entrevistados asseguraram, em 100% das entrevistas, que o teste anti-HIV é sempre solicitado para as gestantes, o que evidencia que em algumas UBSFs esse processo está se dando sem a realização do aconselhamento.

No que se refere as dificuldades encontradas na prática do aconselhamento nas UBSFs, os profissionais são unânimes em

apontar que elas existe e que se referem principalmente a questão física e falta de capacitação para tal atividade. Os relatos são bem expressivos:

> A dificuldade maior é que eu não tenho capacitação suficiente para realizar o aconselhamento e também a falta de sala para realizar o aconselhamento (Entrevistado 3).

> Minha filha, primeiro que a gente não tem espaço, segundo por falta de treinamento e eu acho assim que deveria ter um profissional que atuasse mais nessa área, pra esse tipo de serviço, como a assistente social né? [...] então eu acho que deveríamos ter uma assistente social diariamente pra trabalhar essa questão, ou uma psicóloga (Entrevistado 7).

> Nós necessitamos de uma capacitação mais específica para essa temática, isso aí eu não tenho nem dúvidas, apesar de a gente ter toda a formação, de uma certa forma, tantos anos de formação cada profissional tem e tá faltando uma capacitação relacionada exatamente a essa temática (Entrevistado 10).

As falas aqui apresentadas evidenciam as limitações com as quais vem ocorrendo a prática do aconselhamento nas UBSFs de Campina Grande. A incorporação do aconselhamento pelos serviços de atenção básica, implica em uma verdadeira reorganização do processo de trabalho nesses locais, pois a prática do mesmo requer uma dinâmica especial do próprio serviço, tanto no que se refere ao tempo demandado quanto pela necessidade de uma infra-estrutura adequada.

Considerações finais

Os dados aqui apresentados são ilustrativos das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde que atuam nas UBSF's de Campina Grande-PB para realizarem o aconselhamento em DST/Aids as gestantes assistidas por esses serviços. Como se pôde observar nos resultados aqui apresentados, 48% dos profissionais nunca participaram de uma capacitação voltada para a prática do aconselhamento e, apesar de 52% confirmarem sua participação em capacitações desta natureza, a ênfase das mesmas não foi dada ao aconselhamento.

No que se refere à concepção de aconselhamento dos profissionais, esta se apresentou, no geral, estruturada em falas vazias. Os profissionais, no geral, tiveram dificuldade em discorrerem sobre a questão abordada. Há uma certa superficialidade por parte dos entrevistados ao falar sobre aconselhamento.

O apoio emocional e a avaliação de riscos que se constituem em elementos indispensáveis e de suma importância no processo do aconselhamento não foram evidenciados em nenhuma das falas aqui analisadas.

Para concluir afirmamos que no que se refere ao aconselhamento em DST/ Aids nas UBSFs de Campina Grande-PB, predominou uma abordagem normativa, impositiva e patológica.

Destacamos o aconselhamento à gestante como importante estratégia de prevenção da transmissão vertical e que este não se limita ao mero repasse de informações técnicas, mas compreende um processo de reflexão entre usuário e profissional que permita ao primeiro assumir-se como sujeito, compreensão que parece não se fazer presente nas UBSFs pesquisadas.

Dessa forma, esperamos que os resultados aqui apresentados propiciem subsídios importantes para se pensar a prática do aconselhamento nas UBSFs de Campina Grande/PB.

Referências

ABDALLA, F.T. M. **Abertura da privacidade e o sigilo do HIV/Aids nas equipes do Programa Saúde da Família de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo**. 2007. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

ARAÚJO, M. A. L. **Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal.** 2005. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico da Aids**, Brasília, ano IV, n. 1, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/Aids. **Aconselhamento em DST/Aids**: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: Ministerio da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/Aids. **Fique sabendo. Aconselhamento em DST/Aids para a atenção básica.** Disponivel em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/eventos/2a_mostra/aconselhamento_dst_hiv_atencao_basicadenise_serafim.pdf> Acesso em: 20 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. CN-DST/Aids. **Guia de tratamento:** recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. CN-SDT/Aids. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa Saúde da Família (PSF)**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico-assistencial. São Paulo: HUCITEC, 2007.

GUIMARÃES, C. D. **Aids no feminino**: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

MARINS, J. R. P. Conhecendo a Aids. In: BRASIL. Ministerio da Saúde. **Manual de assistência psiquiátrica em HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

NEVES, L. A. S. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/ Aids**: compreendendo as crianças e percepção das mães soropositivas**.** 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental), Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

PINEL, A. C.; INGLESI, E. **O que é Aids?** São Paulo: Brasiliense, 1996.

Refletindo acerca das organizações da sociedade civil e o atendimento às pessoas com deficiência em Campina Grande (PB)

Cleônia Mendes de Sousa

Introdução

O presente artigo é fruto de uma pesquisa realizada através do Programa Institucional de Iniciação Científica (PROINCI/UEPB) que teve por objetivo caracterizar as Organizações da Sociedade Civil de atendimento as pessoas com deficiência, na cidade de Campina Grande (PB). A referida pesquisa foi do tipo documental, com abordagem quanti-qualitativa. O universo pesquisado se constituiu das seis Organizações cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social. Os dados foram coletados nos documentos (atas, estatutos, pareceres etc.) existentes no citado Conselho. De maneira geral, os resultados evidenciaram que as organizações pesquisadas realizam um trabalho relevante. Porém, não conseguem atender toda a demanda reprimida. O que demonstra a necessidade de ser cobrado dos órgãos governamentais a responsabilidade com as políticas públicas nesta área.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a existência de 10% da população mundial com algum tipo de deficiência, sendo que a área mental representa 5% deste total (ROY, 2000).

Esses dados ratificam que este segmento da população é significante tanto quantitativamente, como também, para a construção de uma sociedade mais democrática e com justiça social; faz-se necessário o respeito à diversidade humana nos diversos aspectos (cultural, gênero, raça, pessoas com deficiência etc.).

Assim sendo, esse segmento da população deve ter uma atenção específica por parte do poder público estatal, seja no âmbito federal, estadual ou municipal, através de políticas sociais e legislação direcionada a esta área, cabendo à sociedade civil organizada participar como parceira em todos os níveis, só desta maneira essas pessoas poderão ter de fato os seus direitos efetivados.

> No Brasil as políticas sociais direcionadas a pessoa portadora de deficiência surgem nos anos noventa, a partir da Constituição de 1998, sendo responsabilidade do Estado. Todavia, o que ainda se constata é que a maioria das instituições que atuam nesta área está inserida na denominada esfera privada filantrópica, porém pública (ROY, 2000, p: 217).

Com a Constituição Federal de 1988, a Assistência Social passa a integrar a Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a Previdência Social, sendo considerada uma política social, "direito do cidadão e dever do Estado", deixando de ser concebida como favor, caridade para ser tida como direito social.

Apesar desses avanços significativos no plano jurídico, principalmente quando a carta magna reconhece as representações da sociedade como interlocutor legítimo na sua capacidade de reivindicar direitos, paradoxalmente, a partir da década de noventa, tem se constatado uma "limitação – restrição" no que se refere à

intervenção estatal em termos de programas e ações na área social. Isto em decorrência da adesão do país ao projeto neoliberal, o qual prevê um "Estado mínimo", contrapondo-se ao chamado "Estado de bem–estar social", no qual o Estado era o grande responsável pela execução das políticas e programas assistenciais.

No caso específico de Campina Grande, também observamos que existe um maior número de Organizações da esfera privada (sociedade civil), porém, de caráter público, que prestam atendimento às pessoas com deficiência.

Este estudo é resultado de uma pesquisa que foi contemplada pelo Programa Institucional de Iniciação Científica – PROINCI/UEPB (cota 2006/2007) e teve como principal objetivo: caracterizar as Organizações da Sociedade Civil de atendimento às pessoas com deficiência na cidade de Campina Grande – PB.

A pesquisa foi documental, de natureza qualitativa, desenvolvida através de material bibliográfico. A coleta dos dados foi feita nas fichas de cadastros, pareceres e documentos das Organizações pesquisadas, existentes no Conselho Municipal de Assistência Social, por ser o órgão que tem envolvimento direto com a temática estudada.

Com relação à pesquisa documental, Ferrari (1982, p. 224) assim se expressa:

> A pesquisa bibliográfica não deve ser confundida com a documental, pois a primeira pressupõe um levantamento mais amplo, enquanto a segunda são fontes acabadas que não receberam ainda um tratamento analítico ou se isso aconteceu ainda podem receber uma nova reformulação de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os dados qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo e os quantitativos foram submetidos a tratamento estatístico.

O universo pesquisado constou de seis (06) Organizações da Sociedade Civil de Atendimento à pessoa com deficiência, na cidade de Campina Grande, e que estavam cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social.

Este estudo torna-se relevante à medida que propõe construir um conhecimento relacionado às pessoas com deficiência, fornecendo aos profissionais e alunos envolvidos com a temática, subsídios que possam nortear a reflexão e intervenção na realidade estudada, uma vez que algumas dessas Organizações constituem campo de estágio de serviço social.

As práticas sociais direcionadas às pessoas com deficiência

De maneira geral, a sociedade, inicialmente, adotou o paradigma denominado de "exclusão social", no qual essas pessoas, por serem consideradas incapazes e inválidas, eram excluídas de todos os níveis da vida em sociedade, não tendo nenhum tipo de atendimento, como se não fizessem parte da sociedade. Conforme Sassaki (1997, p. 31), "se algumas culturas simplesmente eliminava as pessoas deficientes, outras adotaram a prática de interná-las em grandes instituições de caridade, junto com doentes e idosos".

Posteriormente, foi adotado o paradigma da institucionalização ou atendimento segregado, que prevaleceu por vários séculos. A deficiência era tida como uma doença e, portanto, a pessoa era internada em instituições, não tendo um atendimento educativo, apenas médico e ou terapêutico. Neste período houve a criação das grandes instituições direcionadas por áreas de deficiência.

A partir das limitações dessa prática social da segregação, surgidas ao longo do tempo, começou a despontar um movimento de crítica à institucionalização, sendo criados alguns serviços com

a perspectiva da integração social da pessoa com deficiência, cujo objetivo principal era capacitar, habilitar e reabilitar essas pessoas para "integrar a sociedade" nos sistemas sociais gerais, tais como: educação, trabalho, lazer e família, surgindo assim, as denominadas "classes especiais" e "escolas especializadas" nas diversas áreas de deficiência (mental, visual, de áudio-comunicação etc.).

No caso específico do Brasil, foi no início da década sessenta (século XX) que foi inserida na Política Nacional da Educação a questão da "educação de deficientes" ou da "educação especial", dando origem, assim, às denominadas "classes especiais", as quais atendiam alunos com deficiências de tipos diferentes em uma única sala e funcionava no mesmo espaço físico das escolas públicas de ensino regular.

Uma das críticas feita a este paradigma por Sassaki (1997) refere-se ao fato de que a integração social constitui um espaço unilateral da pessoa com deficiência que tem de se esforçar ao máximo para mostrar que é capaz de utilizar os espaços físicos e sociais para poder estudar, trabalhar, ter lazer etc.

Na década de noventa desponta um novo paradigma, o da "inclusão social", tendo como marco a legislação internacional, a exemplo da Declaração de Salamanca. A referida declaração é o resultado das deliberações da Conferência Mundial de Educação Especial, realizada na cidade de Salamanca (Espanha de 07 a10 de junho de 1994) e contou com a participação de 88 países, inclusive o Brasil, e 25 Organizações internacionais.

A Declaração de Salamanca define princípios, políticas e práticas a serem seguidas pelos países signatários com relação à educação de pessoas com deficiência.

> O campo educacional saiu na frente para conscientizar o mundo a respeito do paradigma da inclusão, segundo o qual todas as pessoas, com ou sem condições atípicas, devem estudar

> juntas, exigindo para isto uma mudança radical em todas as partes componentes do processo ensino-aprendizagem (ABRANCHES, 2000, p.103-104).

A inclusão de pessoas com deficiência na rede regular de ensino é um tema polêmico e complexo. O mesmo atualmente está em evidência na mídia e vem sendo debatido por vários estudiosos da área além de estar garantida na legislação vigente. A inclusão social é definida como sendo:

> Um processo no qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir os seus papéis na sociedade. (SASSAKI, 1997, p. 14)

A Constituição Federal (1988), no seu artigo 208, inciso lll, coloca que o dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: "atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino" (BRASIL, 2001). Desta forma, a denominada "educação especial" hoje não pode ser dissociada da Política Nacional de Educação e, conseqüentemente, integra o ensino regular.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB, Nº. 9.394 de 20 de Dezembro de 1996) ratifica o preceito constitucional quando determina: "entende por educação especial, para efeitos dessa lei, a modalidade de educação, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais" e dá outras providências, nos incisos l, ll e lll (BRASIL, 1996).

A legislação em vigor está embasada no paradigma da inclusão. Ou seja, propõe a "educação inclusiva" quando se refere especificamente a educação. Porém, a inclusão nas escolas não pode se limitar à legislação. Ela envolve vários aspectos, dentre eles, mudanças de

mentalidades e compromisso político. É necessário ainda, que as escolas e os profissionais envolvidos criem condições reais para que as escolas sejam inclusivas e que os alunos sejam acolhidos com suas diferenças e estimulados a superarem as limitações.

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei N° 7.853 de 24 de Outubro de 1989) foi regulamentada pelo decreto 3.298 de 20 de Dezembro de 1999 e tem os seguintes objetivos:

> I – o acesso, ingresso e a permanência da pessoa portadora de deficiência em todos os serviços oferecidos à comunidade;
>
> II – integração das ações dos órgãos e das entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, transporte, assistência social, edificação pública, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção das deficiências, à eliminação de suas múltiplas causas e à inclusão social;
>
> III - desenvolvimento de programas setoriais destinados ao atendimento das necessidades especiais da pessoa portadora de deficiência;
>
> IV - formação de recursos humanos para o atendimento da pessoa portadora de deficiência; e
>
> V – garantia da efetividade dos programas de prevenção, de atendimento especializado e de inclusão social. (BRASIL, 1999)

No ano de 2008 foi publicada a Política Nacional de Educação Especial, na Perspectiva da Educação Inclusiva, que define caminhos para educação especial dentro dos parâmetros da educação inclusiva.

Apesar dos avanços conquistados por este segmento de pessoas com deficiência, principalmente no que refere à legislação, a realidade evidencia dificuldades no que se refere à efetivação dos direitos formais. O que exige cada vez mais organização e controle social por parte dos diversos sujeitos sociais comprometidos com a questão.

A ampliação da esfera privada e redução do Estado têm ocasionado à transferência das responsabilidades estatais com a área social para a sociedade civil, especificamente no que se referem ao atendimento às pessoas com deficiência.

A Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) considera uma pessoa com deficiência:

> Àquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que geram dificuldades para o desempenho de atividades, dentro do padrão normal para o ser humano (ROY, 2000, p.21).

Na literatura e legislação específica não encontramos uma terminologia única para se referir a este grupo social, sendo utilizados várias expressões, dentre elas: "pessoas com deficiência"; "pessoas portadoras de deficiência" e "portadores de deficiência". A maioria dos documentos oficiais utiliza "pessoa portadora de deficiência". No entanto, algumas organizações representativas questionam o termo "portador" por não condizer com a realidade.

Mais recentemente, a denominação "pessoas com necessidades especiais" foi adotada em alguns estudos e livros. Porém, Sassaki (1997) ao refletir sobre este assunto, afirma que este termo tem um significado mais amplo e engloba, além das diversas formas de deficiências (mental, física, visual e auditiva), as dificuldades de aprendizagem, distúrbios emocionais, transtornos

mentais, problemas de conduta, distúrbios obsessivo compulsivo, dentre outros, motivo pelo qual ele não pode ser usado simplesmente como sinônimo de deficiência, já que engloba outras categorias.

Também é usada a expressão "necessidades educativas especiais" ao referir de maneira específica as necessidades na área educacional.

Em virtude desta polêmica e complexidade dos termos optamos em utilizar neste estudo a denominação pessoa com deficiência para especificar a pessoa que tem uma deficiência nas áreas: mental; física, visual e ou auditiva.

Nesta pesquisa denominamos Organizações da Sociedade Civil as diversas entidades filantrópicas e ou assistenciais; associações, institutos e demais organizações que atendem pessoas com deficiência que, embora estejam inseridas na esfera "privada", realizam um trabalho "público". Ou seja, apesar de consideradas públicas não são estatais.

Segundo Raichellis (2000 p. 29-30):

> O privado é aqui representado por um conjunto heterogêneo de entidades que se distinguem das organizações puramente mercantis, ao exercer papel de intermediação na prestação de bens e serviços não contributivos, que não derivam da inserção do beneficiário no mercado de trabalho.

A ampliação dessa esfera privada evidencia a redução do Estado, onde ocorre a transferência das responsabilidades estatais com a área social para a sociedade civil. Ou seja, cada vez mais as Organizações assumem a execução das políticas sociais.

Apresentação dos resultados

Os dados aqui apresentados são referentes as seis (06) organizações de atendimento as pessoas com deficiência cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social de Campina Grande/ PB, no momento da coleta de dados. As Organizações pesquisadas foram: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE – ORG I); Centro Assistencial da Criança Excepcional (CACE –ORG II); Instituto Campinense de Assistência ao Excepcional (ICAE- ORG III); Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste (ORG IV); Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema (ASDCB-ORG V) e Sociedade Beneficente Lar de Maria (ORG VI).

Além das seis pesquisadas, tomamos conhecimento do funcionamento de mais duas, porém, não as incluímos no universo da pesquisa, pois não constavam informações das mesmas no citado Conselho, onde foi realizada a pesquisa documental.

Segundo relato dos documentos pesquisados, os motivos que justificaram a criação dessas Organizações foram: que a cidade de Campina Grande possuía uma demanda reprimida e a inexistência de serviços especializados por parte dos órgãos governamentais para atender as pessoas com deficiência.

A omissão dos poderes constituídos e a falta de recursos das famílias das pessoas com deficiência remetem muitas vezes ao abandono e à exclusão dessas pessoas.

Quanto à data de criação, a Organização mais antiga foi criada ainda na década de quarenta e somente uma foi fundada no ano de 2003. Ou seja, cinco delas foram criadas no período que antecede a ofensiva neoliberal (década de 90). Isto confirma que o atendimento a este grupo de população, ao longo dos tempos, tem sido no geral, assumido pelas Organizações da Sociedade Civil, inserida na denominada esfera privada.

Todavia, a partir da década de noventa, se configura cada vez mais a desresponsabilidade do Estado na área social. Para tanto, o mesmo exalta a "solidariedade" e a "filantropia" e se coloca como parceiro da sociedade. O que constatamos é uma tendência ao que Iamamoto (1998, p: 43) denomina de refilantropização Social: "em que grandes corporações econômicas passam a se preocupar e intervir na questão social dentro de uma perspectiva da filantropia empresarial".

As Organizações pesquisadas prestam vários serviços, tais como: atendimento à família; atendimento médico; psicológico; fonoaudiológico; fisioterápico; de enfermagem; orientação pedagógica; orientação na área de serviço social; grupos de recreação e atividades culturais. O acesso aos serviços se dá de forma espontânea e através de encaminhamentos de profissionais especializados.

Constatamos que o público alvo das Organizações pesquisadas é bem diversificado, sobretudo no que diz respeito à faixa etária atendida. 33,3% das Organizações atendem crianças, adolescentes e adultos, outras 33,3% atendem crianças e adolescentes, seguidos de 16,7% que tem como usuários todas as faixas etárias (crianças, adolescentes e adultos) e, por fim, 16,7% atendem somente adultos. Vale ressaltar que a demanda por serviços não corresponde ao número de atendimento prestado, havendo um processo de seletividade e, conseqüentemente, de exclusão do atendimento.

Esta realidade é resultante da reforma do Estado, ocorrida no Brasil na década de noventa e que está em consonância com os ditames do projeto neoliberal, o qual propõe políticas sociais seletivas e residuais.

No tocante às áreas das deficiências que as organizações atuam, cinco delas atendem as pessoas com deficiência mental, ou seja, este tipo de deficiência é a mais atendida.

É bom deixar claro que existem níveis diferenciados de deficiência mental, os quais devem ser considerados apenas no sentido de serem trabalhadas as limitações de maneira mais adequadas, visando superá-las, tanto pelos familiares, profissionais e a sociedade de maneira geral. Pois nem sempre a pessoa com deficiência é dependente ou totalmente incapaz. Porém, é necessário que a sociedade civil organizada e os órgãos públicos estatais (nas várias esferas), criem condições favoráveis para receber a pessoa com deficiência nos diversos equipamentos sociais, pois só assim, será colocada em prática a "inclusão social".

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (apud CNBB, 2006), existem aproximadamente 24,6 milhões de pessoas com deficiência no Brasil, sendo que as maiores porcentagens estão nas regiões Norte (16,1%) e Nordeste (17,7%). O Estado com maior proporção é a Paraíba com 18,8% (CENSO 2000, apud CNBB, 2006).

Esses dados vêm constatar que a maior incidência de pessoas com deficiência localiza-se nas classes sociais de baixa renda da população. Conforme Ribas (1983), isto se deve principalmente ao fato dessa população estar sujeita à carência de alimentação, falta de saneamento básico e precários serviços de saúde, dentre outros.

No que se refere ao número de pessoas atendidas pelas Organizações, os documentos pesquisados apontam que em três organizações (ORG I, ORG II e ORG III) existe uma lista de espera para o atendimento, enfatizando assim a necessidade de ampliação de vagas. Confirmando a necessidade do poder público assumir a responsabilidade com a política para as pessoas com deficiência, no município de Campina Grande.

As Organizações pesquisadas, em sua maioria, funcionam em horário integral e possui um horário de atendimento definido e sistemático, a única exceção é a Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema (ASDECB) que funciona de

acordo com a demanda, com realização de atividades que podem variar na quantidade e periodicidade, já que ela se caracteriza mais como uma organização de mobilização e defesa dos direitos dos seus associados.

Conforme as fontes pesquisadas, os objetivos das organizações são os seguintes:

a) "Habilitação e reabilitação de pessoas com seqüelas neuromusculares e de pessoas com deficiências mentais" (ORG I).

b) "Tem como objetivo o tratamento e habilitação para pessoas com deficiência, seqüelas neuromusculares e reabilitação para portadoras de deficiência mental e transtorno comportamental" (ORG II).

c) "Proporcionar ao cliente a vencer suas dificuldades e conscientizar a família de modo a cooperar na reabilitação. O usuário é preparado para conhecer seus direitos, através da descoberta de suas potencialidades integra-se a comunidade, podendo assim realizar-se como indivíduo útil dentro do contexto social ao qual pertence" (ORG III).

d) "Contribuir com o processo de educação, reabilitação, assistência e inclusão social das pessoas com deficiência. Divulgar trabalhos desenvolvidos com o intuito de expandi-los por diversas localidades da Paraíba. Sensibilizar escolas, associações e comunidade em geral acerca de direitos e potencialidades. Promover intercâmbios do Instituto com outras instituições e/ou associações afins" (ORG IV).

e) "Promover cursos profissionalizantes, favorecer um espaço de conscientização e reivindicações para garantir os serviços e políticas públicas de atendimento às pessoas com deficiência. Proporcionar melhores condições de vida às

pessoas com deficiência para desenvolvimento de suas potencialidades. Promover campanhas beneficentes em prol dos deficientes. Estimular, orientar e desenvolver atividades, reabilitar e capacitar nos planos físicos, psicológicos, social, e profissional. Defender os direitos e os interesses coletivos e individuais dos seus associados" (ORG V).

f) "Amparar excepcionais carentes e abandonados de ambos os sexos" (ORG VI).

Como podemos identificar as Organizações possuem objetivos diversos, sendo a reabilitação dos usuários mencionada por cinco delas.

As ORGs I, II e III possuem uma equipe multiprofissional constituída de médicos, psicólogos e assistentes sociais; a equipe técnica da ORG IV é composta de assistente social e psicóloga; a ORG V não tem equipe técnica, enquanto a ORG VI possui apenas o profissional de serviço social. No atendimento à pessoa com deficiência se faz necessário a existência de uma equipe interdisciplinar especializada na área.

Considerações finais

A reflexão acerca das Organizações da Sociedade Civil e o atendimento às pessoas com deficiência no município de Campina Grande nos remete, obrigatoriamente, à compreensão da estrutura da sociedade, bem como a análise da política direcionada a este segmento da população.

Concordamos que nas últimas décadas houve um avanço significativo na legislação referente às pessoas com deficiência e que o paradigma da "inclusão social" é o que tem uma proposta mais avançada no que se refere ao atendimento a essas pessoas

(SASSAKI, 1997). Todavia, ainda existe uma distância entre a lei e a prática social para que elas possam ser consideradas sujeitos de direitos.

Através desse estudo, constatamos que as Organizações de Campina Grande realizam um trabalho relevante para seus usuários e suas famílias e que este é um tema pouco debatido na Academia e demais espaços da sociedade.

Estas Organizações têm buscado inserir as pessoas com deficiência na sociedade, seja pela inserção no mercado de trabalho ou em ações que coincidem com o calendário das datas comemorativas da cidade de Campina Grande – PB.

No entanto, somos conscientes que o Estado (nas esferas federal, estadual e municipal) cada vez mais tem repassado para a sociedade civil a responsabilidade com a "questão social". Assim sendo, consideramos que um dos focos principais de atuação das Organizações é o de cobrar do Estado a assunção das políticas sociais e elas participarem na elaboração, gestão e controle social das políticas sociais, pois essas Organizações não podem reforçar a idéia errônea de que devem assumir o papel do Estado quando ele for omisso.

Acabar com o preconceito e aceitar a pessoa com deficiência é tarefa de todos. Não basta ficar nas "boas" intenções, é preciso agir de forma responsável para destruir os muros da diferença que separam os ditos "normais" daqueles que têm alguma deficiência.

Referências

ABRANCHES, C. Inclusão no Trabalho. In: ABRANCHES, C. et al. **Inclusão dá trabalho**. Belo Horizonte: Armazém de Idéias, 2000.

BOLONHINI JÚNIOR, R. **Portadores de necessidades especiais**: as principais prerrogativas e a legislação brasileira. São Paulo: Arx, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional de 05 de outubro de 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, 2001.

BRASIL. **Lei de diretrizes e bases da educação**. Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva (Versão Preliminar)**. Brasília: MEC/SEESP, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos jurídicos. Decreto Nº 3.298. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 dez. 1999.

CNBB. Conferência dos Bispos do Brasil. **Fraternidade e pessoas com deficiência**. Brasília: Cáritas Brasileira. 2006.

DAGNINO E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e terra, 2002

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. Conferência Mundial de Educação Especial. Espanha, 1994.

FERRARI, T. A. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: McGraw-Hill, 1982.

FREIRE, I. M. **Um olhar sobre a diferença:** interação, trabalho e cidadania. Campinas: Papirus, 2001.

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

MAZOTTA, M. J. S. **Educação especial no Brasil**: História e políticas públicas. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

MINAYO, C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria método e criatividade. 4. ed. Petrópolis:Vozes, 1994.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

INCLUSÃO: todos aprendem quando as crianças com deficiência vão à escola junto com as outras. **Revista Nova Escola**. São Paulo, n. 11, out. 2006. Edição Especial.

RIBAS, J. B. C. **O que são pessoas deficientes**. São Paulo: brasiliense, 1983.

ROY, L. Pessoas portadoras de deficiência. In: **Capacitação em Serviço social e política social**: módulo 3: política social. Brasília: UNB, 2000.

SASSAKI, R. K. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 2. ed. Rio de Janeiro: LUVA, 1997.

SOUSA, C. M. M.; MOURA, D. B. **Relatório final de pesquisa**. Universidade Estadual da Paraíba -Programa Institucional de Iniciação Científica- PROINCI/2006/2007.

Sobre os Autores

Sheyla Suely de Souza Silva – É mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2000), cursando Doutorado no mesmo Programa. Atualmente é professora Mestre do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Tem experiência em Serviço Social nas Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: política social, seguridade social, política de assistência social, conselhos de assistência social, sistema único de assistência social. Na UEPB, é pesquisadora do GEAPS.

Maria Aparecida Nunes dos Santos - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (2006). É mestre em Serviço Social pela UFPB (2009); professora do Departamento de Serviço Social da UEPB; assistente social da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba e pesquisadora do GEAPS.

Jordeana Davi - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (1992), mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1998) e doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (2004). Atualmente, é professora da Universidade Estadual da Paraíba. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Política de Assistência Social, atuando principalmente nos seguintes temas: política social, seguridade social, direitos sociais, orçamento público, Estado e ajuste fiscal. Ë Coordenadora/pesquisadora do Grupo de Pesquisa e Estudos em Políticas Sociais (GEAPS).

Claudia Martiniano – Possui mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual da Paraíba (2006). Atualmente, é professora mestre do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: seguridade social, financiamento da saúde, controle social, participação institucionalizada, democracia e saúde. É pesquisadora do GEAPS.

Geraldo Medeiros Junior - Possui mestrado em Economia Rural pela UFPB – Campus II (1999). Atualmente, é Professor do Departamento de Economia e Administração da Universidade Estadual da Paraíba, atuando no Departamento de Serviço Social. Tem experiência na área de Economia, com ênfase em Economia da Saúde. Atua principalmente nos seguintes temas: Economia da Saúde, Controle Social, Políticas Públicas. É pesquisador do GEAPS.

Mariana Cavalcanti Sousa Braz - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestranda em Serviço Social pela UFMA. Foi bolsista de Iniciação Científica, atuando principalmente nos seguintes temas: seguridade social, assistência social e financiamento. É membro do GEAPS.

Juliana Maria do Nascimento - Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Mestranda em Serviço Social pela UFRN. Tem experiência na área de Política Social, com ênfase em Financiamento da Política de Assistência Social, atuando principalmente nos seguintes temas: Estado, Direitos, Política Social, Assistência Social, Sistema Tributário, Orçamento Público. É membro do GEAPS.

Fabiana Faustino da Cruz- Aluna do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Bolsista do programa de Iniciação Científica (PROINCI/UEPB) cota 2007-2008. Área de investigação seguridade social, especificamente a Política de Assistência Social. É membro do GEAPS.

Isabel Cristina Araújo Brandão – Graduada em Enfermagem pela UEPB. É especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos (FIPE) e membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (GEAPS).

Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva – aluna do Curso de Enfermagem da UEPB. Colaboradora de pesquisa do Programa Institucional de Bolsas (PIBIC) da UEPB cota 2008-2009. É membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (GEAPS).

Moema Amélia Serpa - possui graduação (1987), mestrado (1996) e doutorado (2009) em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (1996). Atualmente, é professora do Departamento de Serviço Social da UEPB, atuando principalmente nos seguintes temas: programa saúde da família, condições de trabalho, serviço social e relações de trabalho. É pesquisadora do NUPEPS.

Alessandra Ximenes – Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutoranda pela UFPE. Atualmente, é professora do Departamento de Serviço Social da UEPB. Tem experiência na área de Políticas Sociais, com ênfase no Controle Social , Política de Saúde e Participação. Foi Consultora Técnica do Conselho Nacional de Saúde no período de outubro de 2004 a dezembro de 2007. É pesquisadora do NUPEPS.

Kathleen Elane Leal Vasconcelos – Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2000) e mestrado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (2002). Cursa Doutorado em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco. É professora do Departamento de Serviço Social da UEPB. Tem experiência na área de Serviço Social. Atualmente, tem se voltado para o estudo de questões relacionadas à Estratégia Saúde da Família. É pesquisadora do NUPEPS.

Thaísa Simplício Carneiro – Graduada em Serviço Social pela UEPB (2007). Mestranda em Serviço Social pela UFPE. Foi bolsista de Iniciação Científica na cota 2007- 2008. Atuou em campo de Estágio na área de saúde mental. É membro do NUPEPS.

Lucia Maria Patriota – Possui Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba (1993), Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual da Paraíba (2002) e Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, promovida em parceria com a Fiocruz/UEPB. Atualmente, é professora do Departamento de Serviço Social da UEPB. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: PSF, AIDS, política de saúde, serviço social e saúde, serviço social e saúde mental. É pesquisadora do GEAPS.

Débora Suelle Marcelino de Miranda – Graduada em Serviço Social (2008). Foi aluna de Iniciação Científica (PIBIC) cota-2007 -2008. Tem experiência na área de Serviço Social. Atualmente é Educadora Social do Pró-Jovem Urbano. É membro do GEAPS.

Cleônia Maria Mendes de Sousa - possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1981) e mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1997). Atualmente é professora do Departamento de Serviço Social da UEPB e Coordenadora do Programa Especial de Tutoria. Tem experiência na área de Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: política social, criança, adolescente, famílias e pessoas com deficiência. É pesquisadora do GEAPS.

LIVROS EDUEPB E LATUS

1. **Pluralismo Jurídico: Para além da visão monista** – Raíssa de Lima e Melo
2. **Mulher, corpo e cuidado** – Maria de F. de A. Silveira; e Dulce M. Rosa Gualda
3. **Avaliação de serviços: um olhar na qualidade da gestão** – (Orgs) Maria José Cariri Benígna; e Maria A. Amado Rivera
4. **Farmacêutico na Farmácia** – Rosimary S. Cunha Lima; Maria do Carmo Eutálio; e Magnólia de L. S. Targino
5. **Representações sociais e saúde** – Aliana Fenandes; Maria. do R de Carvalho; e Moisés Domingos Sobrinho
6. **EPI Info para iniciantes** – (Orgs) Sonia Maria de L. Maciel; e Pedro Henrique de A. e S. Leite
7. **Ensino de lingua: do impresso ao virtual** – (Orgs) Antonio de Pádua Dias da Silva; Maria de L. L. Almeida; Simone Dália de Gusmão Aranha; e Tereza. N. de Farias Campina
8. **A história da mídia regional** – C. B de Souza; F. G. de Oliveira; e Gorete M. Sampaio de Freitas
9. **Livro de resumo de monografias** – Maria Dora Ruiz Temoche
10. **Planejamento tributário no campo de incidência do ICMS** – Alexandre H. S. Ferreira; e Ana Maria da P. Duarte
11. **1930 – A Revolução que mudou a História do Brasil** – (Orgs) João M. L. Santos; Cláudo José L. Rodrigues; Inês Caminha L. Rodrigues; e José Octávio de A. Melo
12. **Curso de Direito Constitucional** – Lorivaldo da Conceição
13. **Fragmentos** – Juarez Filgueras de Góis
14. **Gênero em questão** – (Org) Antonio de Pádua Dias da Silva
15. **Jogos eletrônicos** – Eliane de M. Silva; Filomena M. G. da S. C Moita; e Robson Pequeno de Souza
16. **Nascido do Fogo, Filho da Paz** – Ket Jeffson Vasconcelos Leitão
17. **Política Tributária e Justiça Social** – Alexandre Henrique Salema Ferreira
18. **Revista Sócio-Poética** – Departamento de Letras da UEPB
19. **O Sábio e a Floresta** – Moacir Werneck de Castro
20. **Universidade e o fazer poético em prosa e poesia** – (Orgs) Fabíola Nóbrega; Marcelle V. Carvalho; e Tatiana Fernandes Sant'ana

21. **Sustentabilidade – um enfoque sistêmico –** (Orgs) Waleska S. Lira; Helio de L. Lira; Maria José dos Santos; e Lincon Eloy de Araújo
22. **Bioquímica clínica – uma abordagem geral –** Sandra Reis Farias
23. **Mortalidade Geral – Epidemologia –** Anthonyanny A. Silva Lima; Maria J. Cariri Benigna
24. **Estudos Filológicos: Literatura – Cultura –** Marinalva Freire da Silva
25. **Dicionário de termos relativos a gestão de pessoas –** Maria Dora Ruiz Temoche
26. **Práticas de Políticas Públicas –** (Orgs) Marcelo A. Pereira; Maria da G. A. Pereira; Sandra. M. A de S. Celestino; Sueli Ramos de R. M. Cavalcanti; e Wíliam A. de Lacerda
27. **Saúde Humana –** (Org) Inácia Sátiro Xavier de França
28. **O Segredo de Pergamo –** Ket Jeffson Vasconcelos Leitão
29. **A queda do meteorito** – Giusone Ferreira Rodrigues
30. **Trajetória empreendedora: estudo de casos numa realidade local e global –** (Org) Vera Lúcia Barreto Motta
31. **Identidades de gênero e práticas discursivas –** (Org) Antonio de Pádua Dias da Silva
32. **O lugar da Educação Física –** Maria José de Figueirêdo Gomes
33. **O papel político dos fóruns de educação de jovens e adultos –** Eduardo Jorge Lopes da Silva
34. **Pesquisa histórica – resumo de monografias –** (Orgs) Luíra Freire Monteiro; e Flávio Carreiro de Santana
35. **Anos de luta –** Waldir Porfírio
36. **Mulher e violência: histórias do corpo negado –** Lígia Pereira dos Santos
37. **Agricultura orgânica –** José Geraldo R. dos Santos; e Emmanuelly Calina X. R. Santos
38. **Sobre o diálogo: introdução a uma leitura filosófica de –** Julio Cesar Kestering
39. **Novos cenários da Administração –** (Org) maria Dora Ruiz Temoche
40. **O despertar da cultura** – (Org) Marinalva Freire da Silva
41. **Manual básico de Radiologia Odontológica –** Maria de Fátima Cavalcanti Rodrigues
42. **Formas de sociabilidade e instauração da alteridade –** Inácia S. Xavier de França; Lorita M. Freitag Paghuca

43. **Paremiologia nordestina –** Fontes Ibiapina
44. **Resistência indígena no Piauí colonial 1718 – 1774 –** João Renor F. de Carvalho
45. **Planejando o (des)envolvimento local –** Roberto Alves de Araújo; e Ana Siqueira de Araújo
46. **Deuses em poéticas: estudos de Literatura e Teologia –** (Orgs) Salma Farraz; Antonio Magalhães; Eli Brandão; Waldecy Tenório; Douglas Conceição
47. **Campina Grande em debate –** (Org) Roberto Véras de Oliveira
48. **História do Direito e da violência: recortes de uma abordagem interdisciplinar –** Marcelo Alves Pereira Eufrásio
49. **Contos jurídicos: normas de sobredireito da Lei de Introdução ao Código Civil –** Ket Jeffson Vasconcelos Leitão
50. **A Bacia do Rio Gramame: Biodiversidade, uso e conservação –** (Orgs) José Etam de Lucena Barbosa; e Takako Watanabe; e R. José da Paz
51. **Ser criança – repensando o lugar da criança na educação infantil –** (Orgs) Glória M. de Souza Melo; Soraya. M. de A. Brandão; e Marinalva. da Silva Mota
52. **Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia –** (Org) Renato Dagnino
53. **De portas abertas para o lazer –** (Orgs) Elaine Melo de B. Costa Lemos; Eduardo Ribeiro Dantas; e Cheng Hzin Nery Chão
54. **Gênero e práticas culturais –** (Orgs) Charliton J. dos Santos Machado; Idalina M. F. Lima Santiago; e Maria L. da Silva Nunes
55. **Da resistência ao poder – o (P)MDB na Paraíba (1965 / 1999) –** José Otávio de Arruda Mello
56. **Políticas públicas e desenvolvimento regional –** (Orgs) Carlos. A. Máximo Pimenta; Cecília Pescatore Alves
57. **Histórias vividas e contadas no Bar do Brito –** (Orgs) A. C. Barbosa de Souza; Antonio Guedes Rangel Junior; Clara M. Araújo Pinto; e Sonia Maria A. de Oliveira Brito
58. **De memória e de identidade –** (Orgs) Antonia M. M. da Slva; Francisco Paulo da Silva; Ivanaldo Oliveira dos Santos; e Maria Edileuza da Costa
59. **A luz que não se apaga –** Rômulo de Araújo Lima
60. **Cálculo avançado –** (Orgs) Aldo Trajano Louredo; e Alexandro M. de Oliveira; e Osmundo Alves Lima
61. **Fisioterapia na gravidez –** (Org) Maria do Socorro B. e Silva
62. **Educação Universitária –** Pedro Bergamo
63. **Amora –** Fidélia Cassandra

64. **Educação em questão – recortando temas e tecendo ideias –** (Pedro Lúcio Barboza)
65. **Ciço de Luzia –** Efigênio Moura
66. **Zila Mamede – trajetórias literárias e educativas –** Charliton José dos Santos Machado
67. **A voz da infância e outras vozes –** Calos Azevedo
68. **A Educação da Mulher em Lima Barreto –** (Jomar Ricardo da Silva)
69. **Porta aberta à poesia popular –** Almira Araújo Cruz Soares
70. **Mulheres representadas na literatura de autoria feminina –** Antonio de Pádua Dias da Silva
71. **Residências terapêuticas –** (Orgs) Maria de Fátima de A. Silveira e Hudson Pires de O. Santos Júnior
72. **A nuvem de hoje –** Braulio Taveres
73. **Tecnologias digitais na educação –** (Orgs) Robson Pequeno de Sousa; Filomena M. C. da S. C. Moita; e Ana Beatriz Gomes Carvalho.
74. **A representação da sogra na obra de Leandro Gomes de Barros –** José Itamar Sales da Silva
75. **Viagem aos 80 anos da Revolta de Princesa –** Janduí Dantas
76. **Cidadania glocal, identidade nordestina –** José Marques de Melo
77. **Uma nova ciência para um novo senso comum –** Marcelo Germano Gomes
78. **A feira – o trovador encantado –** Maria de Lourdes Nunes Ramalho
79. **Nordeste como inventiva simbólica –** Geralda Medeiros Nóbrega
80. **Era uma vez diferente –** Aline Pereira
81. **Colecionismo, práticas de campo e representações –** Maria Margaret Lopes e Alda Heizer.